



Masteroppgave

Alvorlig syke kreftpasienter, behandling på sykehus eller i primærhelsetjenesten?

- En kvalitativ studie.

Hilde Nordhus
BE 311E
MBA i helseledelse

[2010]



Handelshøgskolen
i Bodø

Dikt

EG SER

*Du ventar på døden kvar dag
og når kvelden kjem
spør du om eg trur du vil få dø i natt
Avmagra
snart berre skinn og bein
det er kun viljen som får deg opp av senga
og ut på badet
Skikkelsen din
konturane av ein kropp
du forsvinn,
men aldri har du vore så tydeleg
Blikket dit
sterkt og klart
Du er så vakker
eg seier det til deg
(dristig? - i samme sekund orda seiest
tenkjer eg dette skulle eg kanskje ikke sagt)
Du ser nedover din eigen kropp
spørrande og fortvila
så ser du i spegelen
og blikket ditt møter mitt – lenge
Du snur deg
ser på meg og seier
NO SER EG DET
etterpå blir vi berre stille*

(Ukjent forfatter, Marie Aakre i tidsskrift for den norske legeforening)
Dette er et godt bilde på pasientgruppen som det skrives om i denne oppgaven, samtidig er det et spørsmål om hva pleierne ser i disse pasientene...?

Forord

Jeg er veldig takknemlig for at min arbeidsplass, Kreftavdelingen ved UNN har lagt forholdene så godt til rette slik at jeg har kunnet gjennomføre denne masterstudien i helseledelse.

Takk til avdelingsleder Tone Nordøy.

Oversykepleier Bente-Liss Roaldsen, takk for støtte, oppmuntring og hjelp under skriveprosessen av selve masteroppgaven.

Karin Tillnes, min nærmeste kollega på kreftavdelingen, takk for at du har gjort mange av mine oppgaver når jeg har vært fraværende pga. studiet mitt. Samt din støtte og oppmuntring underveis.

Takk også til mine øvrige kollegaer for deres interesse og oppmuntrende ord i løpet av studiet.

Jeg vil også spesielt takke Hillevi Knudsen min medstudent for godt samarbeide og støtte under hele studiet. Det har vært veldig godt å ha ei som har vist stor innsikt for det jeg har holdt på med gjennom disse to årene studiet har vart.

Handelshøyskolen i Bodø har lagt til rette for et interessant og nyttig studie, med forelesere som har gitt undervisning av veldig god kvalitet.

Anita Eide, takk for all praktisk hjelp du har gitt meg.

Inger-Johanne Pettersen, leder for studiet og min hovedveileder. Takk for støtte, utviklende samtaler og god veiledning i skriveprosessen. Uten din hjelp hadde jeg ikke kommet i mål med masteroppgaven.

Takk til de fire informantene som delte sine tanker og erfaringer med meg. Uten dere hadde oppgaven ikke blitt til.

Til sist men ikke minst vil jeg takke Kurt og Johannes her hjemme, dere har vist stor tålmodighet med meg i disse to årene.

Nå er tiden inne for et mer normalt liv både i mitt arbeide på kreftavdelingen og her hjemme.

Tromsø 11.01.10

Hilde Nordhus

Sammendrag

Denne masteroppgaven i MBA helseledelse fokuserer på alvorlig syke kreftpasienter som er i palliativ (avsluttende) del av livet. Jeg ser på hvor pasientene bør være i denne delen av sykdomsforløpet. Bør pasienten være på en spesialavdeling på et sykehus, eller bør de være hjemme ved hjelp av primærhelsetjenesten? Hvordan skal denne gruppen få behandling i helsetjenesten på riktig nivå?

Jeg studerer dette fra systemsiden, ikke et brukerperspektiv. For å søke svar har jeg gjort kvalitative intervju i en spesialavdeling, og i en bydel i hjemmetjenesten. Jeg bruker også min arbeidserfaring gjennom 18 år som sykepleier i spesialisthelsetjenesten.

Tema som belyses i oppgaven er hovedsakelig drøftet i lys av teori fra det etiske perspektivet. Sentrale begreper er holistisk og reduksjonistisk menneskesyn, nærhets og nytteetikk. Det økonomiske og det juridiske perspektivet er også belyst.

Hovedfunn fra empirien viste

- Det var eksempler på manglende tillit mellom enhetene.
- Respekten for pasientene var fremtredende blant pleiepersonalet. Det virket som at omsorgen var preget av et positivt menneskesyn.
- Samhandlingskulturen mellom enhetene kunne forbedres

Summary

This master's thesis in MBA health management focuses on the severely ill cancer patient in palliative (final) part of life. I focus on how patients should be treated in this part of the course of the disease. Should the patient be in a special section in a hospital, or should they be given treatment and care at home with help of primary health care? How will this group get treatment in health care at the right level?

I am studying this from the system side, not from a user perspective. To seek answers, I have made qualitative interviews in a special section in a hospital, and in one primary care district of the home nursing. I also use my work experience through 18 years as a nurse in specialized health care in the analysis of data.

Themes explored in the thesis are mainly in the light of theory from the ethical perspective. Key concepts are holistic and reductionist human nature, ethics of closeness and utilitarian ethics. The economic and legal perspective are also illuminated.

Main findings from the empirical work showed

- There was examples of mistrust between the levels
- Respect for the patients was prominent among the care givers. It seemed that human vision was good among these.
- Collaboration culture between the devices could be improved

Innhold

Alvorlig syke kreftpasienter, behandling på sykehus eller i primærhelsetjenesten?.....	1
Dikt.....	2
Forord.....	3
Sammendrag.....	4
Summary.....	5
1. Innledning.....	8
1.1 Aktualisering.....	8
1.2 Problemstilling og begrepsavklaring.....	9
1.3 Kort beskrivelse av UNN.....	11
1.4 Kort beskrivelse av hjemmetjenesten i Tromsø kommune.....	12
1.5 Oppgavens oppbygging.....	12
2. Teori.....	13
2.1 Lover.....	13
2.2 Økonomisk perspektiv.....	14
2.3 Normer/ verdier.....	16
2.3.1 Menneskesynet.....	16
2.3.2 Menneskesyn og sykepleie.....	16
2.3.3 Holisme.....	16
2.3.4 Reduksjonistisk menneskesyn.....	17
2.3.5 Menneskesyn og ressursmessige rammer.....	18
2.3.6 Etsiske perspektiv.....	18
3. Metode.....	22
3.1 Forskningsdesign.....	22
3.2 Datainnsamling.....	23
3.3 Gjennomføring av intervju.....	24
3.4 Etisk ansvar.....	24
3.5 Validitet og reliabilitet:.....	25
3.6 Litteratur søk.....	26
4. Empiri.....	27
4.1 Innledning.....	27
4.2 Lovverk.....	28
4.3 Økonomi.....	29
4.4 Faglig forståelse/og kunnskap.....	30
4.5 Samhandlingskultur.....	32
4.5.1 Skriftlig informasjon.....	32
4.5.2 Samarbeidsmøter mellom enhetene.....	33
4.5.3 Videre oppfølging av pasienter og re innleggelser.....	34
4.6 Profesjonelle normer/verdier.....	35
4.6.1 Pasientens medbestemmelse.....	35
4.6.2 Sykepleie faglige normer og retningslinjer.....	36
5. Diskusjon.....	39
5.1 Tilliten mellom enhetene var ikke tilfredsstillende.....	39
5.2 Respekten for pasienten i sentrum.....	41
5.3 Samhandlingskulturen mellom enhetene kan forbedres.....	43
6. Konklusjon.....	46
Litteraturliste.....	48
Vedlegg 1.....	50
Vedlegg 2.....	51
Vedlegg 3.....	54

Vedlegg 4 58

1 Innledning

1.1 Aktualisering

Etter å ha arbeidet i spesialisthelsetjenesten i 18 år og som mellomleder i 13 år av disse, har jeg gjort meg mange tanker og erfaringer om samarbeidet /samhandling mellom spesialist og primærhelsetjenesten. Jeg arbeider i dag på en kreftavdeling med de sykeste pasientene, og ser stadig at det tar lang tid – altfor lang tid før pasientene kan overflyttes fra spesialisthelsetjenesten når de er ferdigbehandlet, til primærhelsetjenesten for videre behandling. Dette kan skyldes på hvordan spesialisthelsetjenesten arbeider og er organisert, og det kan være fordi at lokalt sykehjem og hjemmetjenesten ikke har kapasitet eller kunnskap for å ta imot en alvorlig syk kreftpasient.

Det er sårt å være vitne til at pasienter for eksempel må avslutte livet på et sykehus omgitt av forskjellige og ukjente pleiere og i en travel og aktiv avdeling langt fra hjemmet og sine kjære. Det som kjennetegner denne pasientgruppen er at tiden arbeider mot dem. I de fleste tilfellene har de kort forventet levetid. Det preger både pasientene og deres pårørende. Å skulle vente på en ledig plass i primærhelsetjenesten ender ofte med at pasienten avslutter livet i sykehussengen, mens deres sak behandles i primærhelsetjenesten.

For å belyse litt av problematikken så kan jeg nevne at kreftavdelingen på UNN Tromsø i 2008 hadde 124 døgn der det lå ferdigbehandlede pasienter (se vedlegg).

Statistikk fra kreftforeningen viser at 1 av 3 i Norge får kreft i løpet av livet. I dag lever 183 252 med en kreftdiagnose, enda flere er pårørende. Kreft rammer alle grupper, men spesielt eldre. Det er en forventet økning på 26 % frem mot år 2020 sammenliknet med 2001. Disse tallene viser at denne utfordringen mellom spesialist og primærhelsetjenesten bare vil øke og bli mer aktuell i fremtiden. Det at de fleste kreftpasienter er eldre mennesker, gjør at de ofte har andre sykdommer og plager i tillegg til sin kreftsykdom.

Temaet er også aktuelt i tiden med den nye samhandlingsreformen som regjeringen la fram i en stortingsmelding 1.juni 2009. Der sa daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen

”Det er systemet det er noe galt med. Manglende kontakt mellom sykehus og kommuner er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenesten enda bedre. Dette skal vi nå gjøre noe med. Samhandling skal skje på grunn av, ikke på tross av”.(helse og omsorgsdepartementet)

På denne bakgrunnen vil hensikten med oppgaven være å se på hvordan alvorlig syke (palliative) kreftpasienter skal kunne få behandling på riktig nivå i helsevesenet. Jeg vil se på det fra systemsiden og ikke fra et brukerperspektiv. Dette må jeg gjøre pga. tiden jeg har til rådighet, selv om det hadde vært svært interessant å se på denne problemstillingen fra et bruker perspektiv.

Jeg vil videre i oppgaven begrense meg til hjemmesykepleien og fastlegen når jeg omtaler begrepet primærhelsetjenesten. Av plass og tidsmessige hensyn vil jeg heller ikke ha anledning til å se på sykehjem og de andre delene som innbefatter primærhelsetjenesten. Jeg vil gjøre undersøkelse i en avdeling på UNN (Universitetssykehuset i Nord Norge) Tromsø, som har mange palliative kreftpasienter. Videre vil jeg gjøre samme undersøkelsen i en bydel i Tromsø kommune.

Jeg vil fokusere mest på etikk blant pleierne på dette området som inkluderer normer og verdisyn. Dette kan ikke måles i tall og statistikker, men er en viktig del av hvordan man behandler pasienter. Med dette som bakgrunn antar jeg at sykepleierne handler ut fra sitt menneskesyn. Jeg vil studere disse grunnleggende verdiene som jeg erfarer blir mindre synlig, pga. at vi lever i et samfunn der økonomiske spørsmål har fått stort fokus i alt hva vi foretar oss. Dette er gjeldende for handlinger i helsevesenet også.

Jeg vil også drøfte og undersøke i forhold til økonomi og lovverk om dette tema. Men rammen rundt det hele er kjerneverdiene i sykepleie.

1.2 Problemstilling og begrepsavklaring

Jeg har formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan en sørge for at alvorlig syke kreftpasienter skal kunne få palliativ pleie og behandling i primærhelsetjenesten, som de nå i stor grad får i spesialavdeling (sykehus)?

Problemstillingen inneholder følgende begrep som jeg definerer slik:

Behandling i primærhelsetjenesten: (her skrives det i en artikkel fra Helsedirektoratet om ”Samhandling – palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter”, publisert 16.01.08, endret 03.03.08)

”I Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009 trekkes palliativ (lindrende behandling) fram som et område med behov for fortsatt satsing, spesielt innen kommune sektoren. Det påpekes at palliativ behandling er diagnose uavhengig, men at kreftpasientene utgjør en dominerende gruppe innenfor feltet. Kreftpasienter med alvorlig sykdom og kort forventet levetid har mange og sammensatte plager og behov. Vanligvis vil god behandling kreve medvirkning fra flere profesjoner fra alle helsenivåer. Mindre fokus har vært rettet mot primærhelsetjenesten, der store utfordringer knyttet til kapasitet, organisering og økonomi gjenstår. Med økende kreftinsidens, økende antall eldre og endrede familiestrukturer med færre pårørende tilgjengelig for omsorgsoppgaver, er en av de største utfordringene å finne egnede institusjonsplasser for alvorlig syke og døende. Sykehjemmenes funksjon vil være sentral. Det er samtidig en utfordring å sørge for smidig samhandling mellom helsetjenesteaktørene samt tilstrekkelige ressurser (økonomi, bemanning og kompetanse) på alle nivåer slik at pasientene sikres god behandling på riktig sted, og at av hjemmeomsorg så vel som sykehus – sykehjemsbaserte institusjonsplasser blir mest mulig formålstjenelig og effektiv. For å oppnå dette, er en oppgradering av sykehjemmene nødvendig, fortrinnsvis gjennom særlige tilbud for alvorlig syke og døende, noe dagens finansieringsordninger ikke legger til rette for.”

”Hovedformålet med kreftstrategien er å møte fremtidige utfordringer på kreftområdet på en offensiv og helhetlig måte gjennom å legge til rette for bedre kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling i og mellom alle ledd på kreftområdet.”
(Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009, Helsedirektoratet, publisert 05.05.06, sist endret 24.06.08)

Min egen definisjon av begrepet ”behandling i primærhelsetjenesten”, er all pleie, omsorg og behandling en pasient får i kommunehelsetjenesten, for eksempel hjelp fra hjemmesykepleien, oppholde på sykehjem, behandling av fastlegen osv, i motsetning til behandling og pleie som utføres på sykehus.

Palliativ medisin /behandling:

”WHO definerer palliativ medisin som: aktiv, helhetlig behandling, pleie og omsorg for pasienter med sykdommer som ikke responderer på kurativ behandling. Hovedoppgaven er å lindre smerte og andre symptomer, og å gi støtte ved psykologiske, sosiale og eksistensielle problemer. Målet for palliativ behandling er å oppnå den beste livskvalitet for pasienter og deres familie. Palliativ medisin – ser på liv og død som en normal prosess – ønsker verken å framskynde eller å utsette døden, - sikrer god smerte – og symptomlindring, - integrerer psykologiske og eksistensielle perspektiver i behandlingen, - tilbyr et støtteapparat for å hjelpe pasienten å leve så aktivt som mulig til han dør, - tilbyr et støtteapparat for å hjelpe de pårørende gjennom pasientens sykdom og deres egen sorg.

Selv om alle leger har hatt til oppgave å lindre lidelser, uansett hva som har ført til lidelsene eller hvor langt sykdommene er kommet, sikter palliativ medisin helt klart mot lindring av lidelser i sluttfasen, når behandlingen ene og alene settes inn for å bedre livskvaliteten og ikke lenger for å forbedre livet.”

(Husebø S og Klaschik E, 1998 s. 24, 24)

Primærhelsetjenesten:

”Primærhelsetjenesten er den delen av helsevesenet som er organisert i kommunene. Den består av de allmennpraktiserende legene, hjemmesykepleien, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped og av institusjoner som sykehjem og bo – og servicesenter. Primærhelsetjenesten kalles ofte ”førstelinjetjenesten”, i motsetning til ”andrelinjetjenesten” som er spesialisthelsetjenesten og sykehusene.”

(Wikipedia)

Spesialisthelsetjenesten: (Statistisk sentralbyrå)

”Spesialisthelsetjenesten inndeles grovt sett i tre tjenesteområder. Det somatiske området omfatter de fleste sykehus, legespesialister, opptreningsinstitusjoner og noen mindre institusjoner. Behandlingen gis ved innleggelse eller poliklinisk. Psykisk helsevern omfatter hovedsakelig behandlingstilbud i distriktpsikiatriske sentra, men også i sykehusavdelinger, samt hos privatpraktiserende spesialister. Behandlingstilbudet til rusmisbrukere gis i stor grad i private institusjoner der det offentlige betaler. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene i 2002, og den er i all hovedsak offentlig finansiert.

Sentrale trekk ved denne tjenesten er:

1. *Aktiviteten øker for hvert år, stadig flere får behandling.*
2. *Tilbudet bedres stadig ved bedre medisiner og teknologi.*
3. *Det store flertallet blir behandlet poliklinisk.*
4. *Innlagte pasienter har stadig kortere sykehusopphold.*
5. *Antall årsverk øker for hvert år.*
6. *Private sykehus utgjør en svært liten andel av det samlede tilbudet.*

1.3 Kort beskrivelse av UNN

Unn er ett universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse. Det består av somatiske sykehus i Tromsø, Harstad, Narvik og

Longyearbyen. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland.

Helseforetaket har også psykiatriske klinikker i Tromsø med integrert rusbehandling og flere distriktpsikiatriske senter i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms samt Tromsø og omegn.

Foretaket har ansvar for ambulansestasjonene i regionen, og bemanner luftambulansen med helsepersonell. Det er i alt ansatt 5700 personer på UNN. (unn.no)

Jeg gjorde intervju på en spesialistavdeling med 39 pleiestillinger, derav 24 sykepleiere hvor 5 av disse var spesialsykepleiere. De hadde 19 senger, men disse stillingene hadde ansvar for dagpasienter, poliklinikk og laboratorie - arbeid i tillegg til de 19 pasientsengene.

1.4 Kort beskrivelse av hjemmetjenesten i Tromsø kommune.

Mål for hjemmetjenesten i Tromsø kommune:

"Alle som bor eller oppholder seg i kommunen skal ha nødvendig helsehjelp. Hjemmesykepleien skal være med på å fremme helse, forebygge sykdom, skade eller lyte. Videre er målet å opprettholde livskvalitet ved at brukerne skal få nødvendig hjelp for å kunne bo i egne hjem så lenge som en ønsker det. "(www.tromso.kommune)

Hjemmetjenesten i Tromsø kommune er delt inn i fem soner. Videre er disse sonene delt inn i flere enheter. Hver enhet har en soneleder som sjef. Over der er det en enhetsleder som er sjef for en sone. Øverste leder for hjemmetjenesten er rådmann i kommunen.

Den enheten jeg gjorde intervju i hadde 103 brukere(pasienter), de hadde 14 pleiestillinger, hvor 3,5 var sykepleiere. Av disse var en sykepleierstilling en lederstilling.

1.5 Oppgavens oppbygging

Videre presentasjon av oppgaven blir som følger.

I kapittel 2 vil jeg beskrive teorier som underbygger min problemstilling. Helse jus som omfatter helsetjenesten og teori om økonomi vil bli belyst, og videre vil jeg bruke teori fra etikkens verden. I kapittel 3 vil jeg redegjøre for metoden jeg bruker i min forskning.

Kapittel 4 vil inneholde mine empiriske funn. Mine empiriske funn vil i hovedsak bygge på de svar jeg fikk på intervju som ble gjort blant helsearbeidere i spesialist og primærhelsetjenesten, og jeg inkluderer min egen arbeidserfaring.

Disse funnene vil sammen med teorien være grunnlaget for diskusjonen som kommer i kapittel 5. Her vil jeg sammenfatte noen viktige punkter som jeg vil diskutere.

Til sist kommer kapittel 6 som vil inneholde konklusjon og tanker om veien videre.

Litteraturliste samt fire vedlegg vil finnes til sist i oppgaven.

2. Teori

Jeg vil inkludere lovverk og økonomi først i dette kapitlet, da dette er rammen rundt de handlinger man foretar seg i helsevesenet. Til slutt vil jeg beskrive noe teori om etikk.

2.1 Lover

Lovverket er fundamentet for de gjerninger som foretas i samfunnet. Molven skriver at etikk, normer og regler har dannet grunnlaget for lovgivningen. (Johannessen m.fl.2007 s.237) sier at:

”Når samfunnet gir lover, skjer det vanligvis på områder som er verdiladet. De fleste lovbestemmelsene reflekterer verdistandpunktet. Det gjelder ikke minst bestemmelsene om helsehjelp. De er uttrykk for (valg av) sosiale normer som er bygd på grunnleggende kulturelle verdier, menneskerettigheter og nasjonale verdier. Lovgivningen er slik sett basert på etiske prinsipper som av samfunnet er erkjent som fundamentale. Disse er overordnede verdier, og de etiske refleksjonene og den videre utviklingen av prinsipper som er basert på dem, danner i vesentlig grad grunnlaget for de målverdiene og normene vi finner igjen i lovgivningen. Slik sett utgjør etikken grunnlaget for lovgivningen. Ikke minst på det helserettslige feltet. Etikken kommer derfor på en måte først og styrer lovgivningen.”

Når pasientene flyttes mellom enheter som det i denne oppgaven skrives om er pasientene både på spesialavdeling i sykehus, og i kommunens hjemmetjeneste. Da nevnes det begreper som sykepleieplaner, epikriser og lignende. Dette kalles med en hovedbetegnelse for journal, og er informasjon om pasienten. Journal skal inneholde nødvendige opplysninger om pasienten slik at behandlingen kan bli fullverdig og riktig. Alle som er involvert i pasienten har plikt til å dokumentere det man gjør og observerer. (Molven 2006, s.233 og 234)

Videre skriver Molven om journaloverføringer mellom helsepersonell:

”Utlevering av journalopplysninger også innad i helsetjenesten forutsetter i utgangspunktet samtykke, jf prinsippet i helsepersonelloven § 22. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som nevnt i § 39 gi journalen eller opplysninger i journalen til andre som yter helsehjelp etter denne lov, når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte. Pasienten er forutsatt å skulle få medvirke ved utsendelse av epikrise; jf § 9 der det heter at < pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til.> Bak dette ligger at pasientene kan ha kontakt med personell som de vil involvere i sin tilstand/behandlingen” (Molven 2006, s.248).

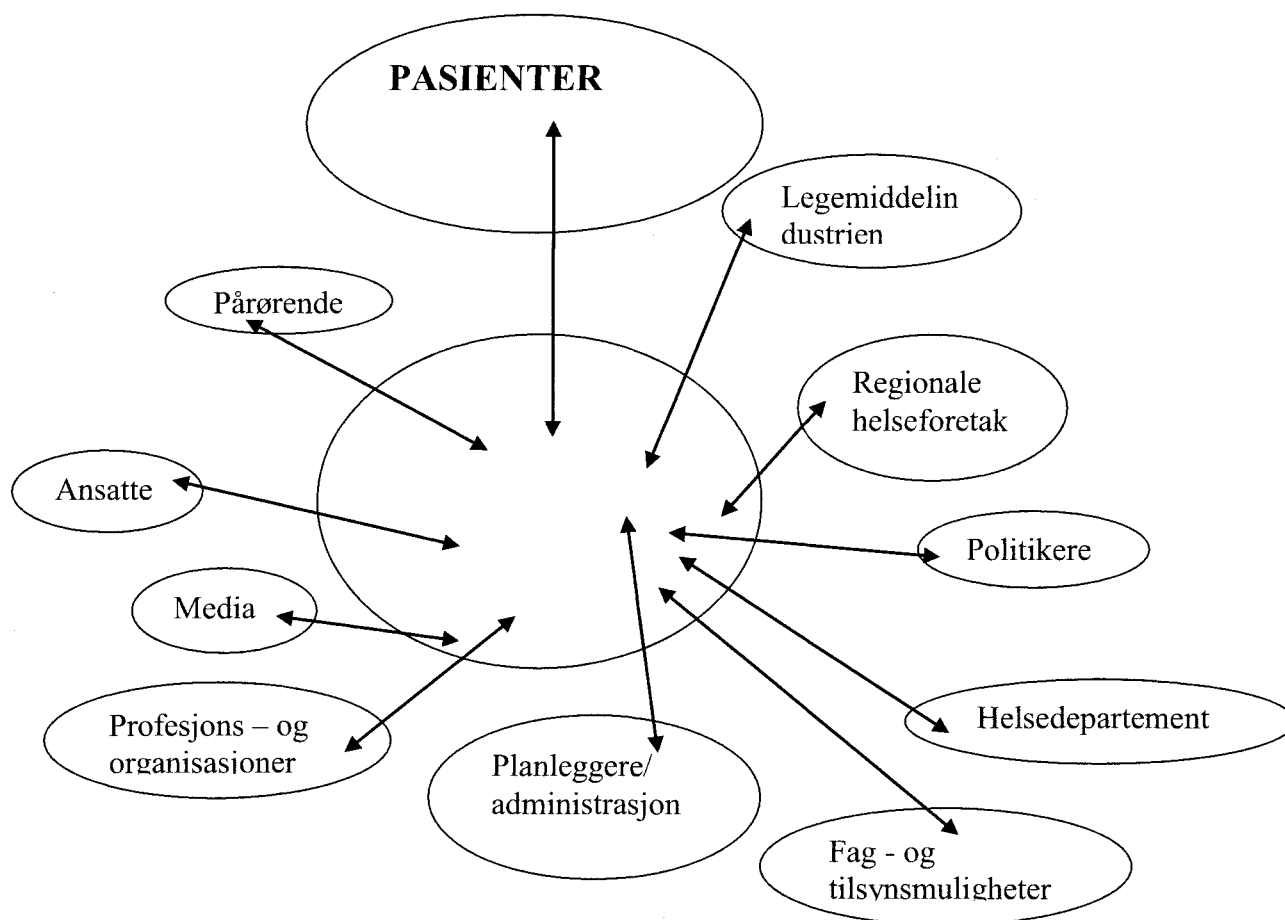
Det er av stor betydning at opplysninger mellom involverte parter følger pasienten, likeledes at informasjonen sendes i riktig tid. Det blir uforsvarlig å sende pasienten til en annen

behandlingsinstitusjon uten nødvendig journal. Da kan både feil behandling og pleie bli utført. Det optimale er å sende informasjon samtidig med pasienten.

2.2 Økonomisk perspektiv

Helseinstitusjonenes mange interesser. Dette illustreres i boka Økonomi og helse av Pettersen m.fl. 2008.s.134

Figur 1. Helseinstitusjonenes interesser



”Styring i helseinstitusjoner betinger evne til å manøvrere gjennom forhandlinger, interessekonflikter og situasjoner med usikkerhet. Helseinstitusjoner møter ikke bare det vi kan kalle interne styringsproblemer. De må også forholde seg til omgivelsene. Svært ofte er det slik at ytre press fra pasientorganisasjoner, tilsynsmyndigheter og fagorganisasjoner direkte påvirker interne forhold. Viktige beslutninger, eksempelvis vedtak om funksjonsfordeling, vil derfor ofte preges av politiske forhandlingsprosesser.” (Pettersen m.fl. 2008,s.134)

Det som er hovedfokuset i denne oppgaven er pasientene, som i denne sammenheng er veldig syke og i en svært sårbar situasjon i sin siste del av livet. De vil ikke etter endt behandling

kunne bidra økonomisk i samfunnet, som noen andre pasientgrupper etter endt behandling vil gjøre. Da tenker jeg på de som for eksempel, gjennomgår en operasjon og blir arbeidsfør igjen. Likeledes er denne pasientgruppen med i helsevesenets store interessekonflikter, der økonomi spiller en stor rolle for hvordan goder i helsevesenet fordeles og brukes.

"I slike sammensatte omgivelser er samarbeid som grunnlag for fleksibilitet og kompromiss vel så viktig som hierarkiske autoritetsrelasjoner. Pasientene er brukere av helsetjenesten, og de har sikret sine rettigheter gjennom blant annet pasientrettighetsloven. Pasientgrupper og de pårørende kan la seg representere gjennom pasientorganisasjoner, og noen organisasjoner og grupper er sterkere interessenter i dette spillet enn andre. Helsearbeiderne er de viktigste aktørene på tilbudssiden, fordi utgiftene knyttet til produksjon av helsetjenestene genereres gjennom de daglige beslutninger som tas omkring undersøkelser, behandling og oppfølging av pasienter. Vi kan også si at helsearbeiderne deltar i de politiske beslutningsprosessene gjennom sitt virke i fagorganisasjoner, som ledere og administratorer – og ikke minst gjennom sin rolle som <advokater> for pasientene."
(Pettersen m.fl. 2008, s.135)

Dette illustrerer det maktspeilet som helsevesenet kan oppfattes som. Jan Grund har skrevet en bok om sykehusledelse og helsepolitikk, den kaller han for *Dilemmaens tyrani*. Kan det være at noen ser på det som et dilemma, det at økonomi styrer så sterkt mellom det og utøve omsorg, pleie og behandling. For noen kan det i verste fall oppleves som ett tyranni. Denne opplevelsen kan nok ramme både de som arbeider i helsevesenet, samt pasienter og pårørende. I denne boka er det et sitat av Hernes. Som passer godt for pasientgruppen det i denne oppgaven skrives om.

"For mer enn noen annen sektor må helsevesenet – det som skal råde over liv og død, for å lindre smerte, kurere sykdommer og døyve lidelse – bygges på et ethos, en ikke – materiell makt for styring av atferd. Tillitsbransjen er mer enn pensjon etter magemål."
(Grund 2006 ,s.31)

Nettopp det at de som arbeider med ansvaret for andres liv, må ha som fokus at de arbeider i tillitsbransjen! "Tillitsbransjen" vil jeg skrive mer om i drøftningsdelen.

2.3 Normer/ verdier

2.3.1 Menneskesynet

Hvordan vi ser på og behandler andre mennesker springer ut fra hvordan vi ser på oss selv. Dette kalles i dagligtale for menneskesynet, og er et stort og vidt begrep. (Johannesen m.fl. 2007,s. 25)sier følgende:

”Menneskesynet er ikke bare ett grunnelement i vår forståelse av den andre, men også i vår forståelse av oss selv. Vår menneskelighet og vårt menneskeverd er det vi har felles med andre mennesker. Menneskesynet er grunnleggende for samvær og sosialt liv.”

Menneskesynet kan brukes til å sette grenser:

”Moralske prinsipper som uttrykker menneskets ukrenkelighet og verdighet setter grenser for hva vi kan gjøre med ett menneske og utsette det for. Menneskesynet gir mening til begreper som verdig liv og verdig død. Det betyr at menneskesynet beskytter dem som faller innenfor definisjonen av et menneske. Derfor er det menneskesynet vi legger til grunn for en faglig forsvarlig pleie og omsorg, så viktig.

På samme tid setter menneskesynet grenser for hvordan mennesket kan framtre. Når vi sier at noen opptrer umenneskelig, setter vi navn på handlinger som kan være krenkende, ødeleggende eller lite omsorgsfulle, det vil si ikke menneskeverdige.”

(Johannesen m.fl. 2007, s. 42,43)

2.3.2 Menneskesyn og sykepleie

Noen av kjernen i sykepleier faget er hvordan en behandler menneskene en får ansvar for, da ligger menneskesynet der som et grunnlag. I sykepleie er verdighet og det å respektere det enkelte menneskets egenverd sentralt. Dessuten er det sentralt å se hele mennesket med alle dets sider. Dette kalles et holistisk menneskesyn, i motsetning til det reduksjonistiske menneskesyn.

2.3.3 Holisme

”Holisme betyr helhetsforståelse og er en livsoppfatning som innebærer at alle deler av menneskets natur må tilgodeses.

Dette medfører at man i behandlings- og pleiesituasjonen må ta i betraktning at pasienten er mer enn en fysisk kropp. Man må forholde seg til mennesket som en helhet med kropp, tanker, engstelse, skavanker, skam, sårbarhet, ånd, ressurser, smerte, livssituasjon, kulturbakgrunn med mer – i det hele tatt de fenomener som hører menneskelivet til.

Ut fra holistisk tenkning kan man ta utgangspunkt i fire dimensjoner ved mennesket og hvordan disse griper inn i hverandre, når man ønsker å gi mest mulig helhetlig omsorg:

1. *Den fysiske dimensjonen angår den enkeltes legeme, der de enkelte kroppsdelene, organer eller celler ikke kan ses isolert fra hverandre.*
2. *Den psykiske dimensjonen har med sjelelige anlegg og egenskaper å gjøre.*

3. *Den sosiale dimensjon er knyttet til det behovet for stabile kontakter en person har. Slike kontakter synes å være av avgjørende betydning for opplevelsen av trygghet og håp.*
4. *den åndelige dimensjon er relatert til menneskets selvbevissthet og er forbundet med det enkelte menneskets valg av verdier, livssyn eller religion. Ånds – dimensjonen må ses som en kvalitet ved det enkelte mennesket, uavhengig av dets alder og intellektuelle kapasitet. En holistisk tilnærming innebærer at pasienter må betraktes som medmennesker og likeverdige samarbeidspartnere når deres helsemessige problem skal løses. Vi kan ikke forholde oss nøytralt til pasienten som objekt eller ting vi er uberørt av. Den tyske filosofen Martin Buber hevder at ordparet jeg – du stifter forholdets verden.”(Brinchmann, 2008, s. 25-28)*

Å utøve et holistisk menneskesyn gjelder i de fleste møter mellom mennesker. Det handler altså om å forstå og se hele mennesket.

2.3.4 Reduksjonistisk menneskesyn

”Et reduksjonistisk menneskesyn relateres til naturvitenskapelige lovmessigheter og krav til matematiske sannhetsbevis som gjør det mulig å betrakte menneskekroppen som en maskin. Medisin som profesjon tillegges ofte et reduksjonistisk menneskesyn. I medisinsk praksis benyttes ofte målinger og beregninger av kroppen og kroppslige fenomener, og resultatene tolkes ut fra standardiserte størrelser. Eksempel måling av hemoglobin i blodet. Det syke mennesket kan ut fra en slik tankegang i stor grad betraktes på lik linje med en bil som skal på verksted for vedlikehold og reparasjon. Man finner feilen, reparerer den, og kontrollerer til slutt at alt fungerer tilfredsstillende.

Dette medfører en praksis som er etisk problematisk fordi mennesket settes til side og bare sykdommen og det syke organet er i fokus. Det får konsekvenser for kommunikasjon og samhandling mellom pasient og hjelper. Samtalen blir preget av enveis kommunikasjon, og samhandlingen blir preget av å gjøre noe med pasienten, i stedet for å gjøre noe sammen med, eller gjøre noe for ham. Pasientens opplevelse av situasjonen blir lite vesentlig. Hjelperen kommer i et jeg – det forhold til pasienten. Ordparet jeg – det hører til erfaringens verden(Buber)” (Brinchmann, 2008, s.29 – 31)

Det reduksjonistiske menneskesynet brukes når en ikke involverer seg i alle delene til et annet menneske. For pasienter som opplever at behandlere utøver denne formen for menneskesyn, vil pasienten muligens ikke føle seg sett. I noen tilfeller vil det være nødvendig for behandler å utøve et slikt menneskesyn på grunn av at tiden kanskje ikke strekker til. Det kan være en måte og overleve en tung hverdag, det og ikke involvere seg i alt rundt pasienten. Da tar man tak i det mest nødvendige.

2.3.5 Menneskesyn og ressursmessige rammer

Holistisk tilnærming kontra reduksjonistisk menneskesyn gjør at de som skal behandle pasienter vil ha forskjellig målsetting. Som jeg har skrevet tidligere i dette kapitlet er også økonomi en rammefaktor som kan sette begrensninger for hvilke ressurser en kan behandle ut fra. Brinchmann beskriver også dette i sammenheng med menneskesynet.

”Markedskreftenes ideologi har også nådd helsevesenet. Beslutninger angående økonomiske rammer tas langt unna pasientene, og vi aner en målforskyvning, at fokus ikke er rettet mot pasientenes ve og vel, men mot økonomi og budsjettbalanse. Økonomien, som skal være et middel til å realisere målsettinger og gi mennesker best mulig helse- og behandlingstilbud, ser ut til å ha blitt ett mål i seg selv. Det kan virke som om de verdier som ligger i holistisk tenkning og sykepleiefaglig omsorgsfilosofi, må vike for de monetære verdiene. (Monetær kommer fra moneta, mynt (latin). Det som gjelder mynt- og pengevesen) Holistisk tenkning som grunnlaget for sykepleiefaglig omsorgsarbeid ser ut til å ha dårlige vilkår innenfor stramme økonomiske rammer.” (Brinchmann, 2008, s. 37)

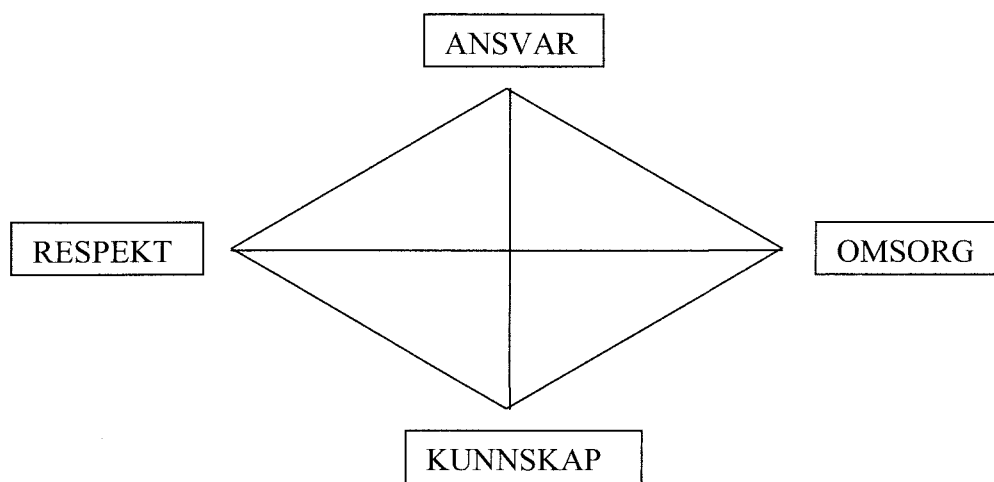
Omsorgsrollen i sykepleiefaget knyttet opp mot stramme økonomiske rammer vil jeg komme tilbake til i drøftningsdelen..

2.3.6 Etske perspektiv

I det etiske perspektivet velger jeg å beskrive nærhetsetikken og nytteetikken. Da dette er knyttet opp mot verdisyn. Noe som er vanskelig å måle, men som er viktige elementer i samhandlingen mellom pasienter og omsorgsarbeidere.

Knut Ims har laget en figur som han kalles den **etske diamant**. Den blir beskrivende for temaet i denne oppgaven. I og med at alle deler er like viktig og henger sammen med hverandre. Ansvar – Omsorg – Kunnskap - Respekt.

Figur 2. Den etiske diamant(Knut Ims forelesning Tromsø 20-22 august 2008)



- *Tillit: Jeg har makt idet den andre utleverer seg. Jeg kan utnytte makten til egen fordel og handle på den andres bekostning, eller jeg kan ta vare på den andres liv, så langt det er utlevert til meg. (omsorg / ivaretagelse kontra ødeleggelse/utnyttelse).*
- *Den enkelte stilles overfor en etisk fordring om å ta vare på den andres liv*
(Forelesningsnotater fra K.Ims, 20-22 august 2008)

Tillit springer ut av nærhetsetikk. Det er samspillet mellom mennesker som møtes og dermed får et forhold mellom seg, og det handler om hvordan man agerer i moralske spørsmål. To som har skrevet mye om nærhetsetikken er den franske filosofen Emanuel Levinas og den danske teologen og filosofen Knud Ejler Løgstrup. Brinchmann (2008, s. 116)

Løgstrup (1905-81) har skrevet mye om tillit i sine etiske skrifter. Løgstrups utgangspunkt er møtet mellom to mennesker.

Løgstrup:

"Det hører vårt menneskeliv til, at vi normalt mødes med en naturlig tillid til hinanden. Det er ikke blot tilfældet, når vi treffer ett menneske, vi kender godt, men det gælder også, når vi møder en vildtfremmed. Det er måske mærkelig nok, men det hører med til at være menneske. Det vil være livsfjendsk at bære sig annerledes an. Vi kunne simpelthen ikke leve, vort liv ville visne, det ville blive forkrøblet, om vi på forhånd mødte hinanden mistillid, tiltroede den andre at stjele og lyve, forestille si og føre oss bag lyset"(Vetlesen, Nortvedt 1996, s. 171)

Ved å vise tillit utleverer mennesker seg til den andre, Utlevertheten stiller den andre, den som møtes med tillit, under en fordring ifølge Løgstrup, han skriver:

Løgstrup:

"Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uten at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemmning, en opplagthed, man får til at visne, eller som manvækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forførende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej. Vi er hinandens verden og hinandens skæbne" (Løgstrup) (Vetlesen, Nortvedt 1996, s. 171)

Løgstrup skriver videre om livsytringer:

"Den anden persons nærvær kalder den første persons tillid og oppriktighet frem, den andre persons ulykke kalder den første persons barmhjertighet frem. I de umiddelbare forhold mellom person og person fullbyredes de suverene livsytringer."

"Med suverene livsytringer forstår Løgstrup fenomener som barmhjertighet, tillit, talens åpenhet, medfølelse og oppriktighet. Dette er fenomener som hører til selve tilværelsen, og som hos Løgstrup skilles skarpt fra menneske skapte størrelser som samfunnsmessige institusjoner, ting, redskaper og teknikk. En særegenhet som ikke kan benektes, hefter ved fenomener som barmhjertighet og tillit, de er livsviktige betingelser i den forstand at uten disse fenomenene, hvorav tillit er grunnleggende, kan vi ganske enkelt ikke leve". (Vetlesen, Nortvedt 1996, s. 171-172)

Løgstrups skrifter om etikk, er grunnlaget for møtet mellom mennesker som vil være betingelsene for det og arbeide med mennesker.

"E.Levinas (1906.1995) sier at det grunnleggende etiske oppstår i møtet mellom jeget og den Andre. Han sier at båndene til den andre innebærer ett moralsk ansvar, og at vi som mennesker ikke kan velge det bort.

"Subjektet er, før det er i stand til å tenke, mottakelig for det umiddelbare, det sanselig, en berøring, et kjærtegn, det umiddelbart gode, før det er mottakelig for en tanke eller en mening m hva som måtte være sant eller usant. Det gode kommer altså til oss før det sanne...Følelsene kommer før tanken" (Levinas)

Levinas er blitt kritisert for å skrive vanskelig og for å bruke ett uvanlig språksom er vanskelig å forstå. På mange måter kan en si at han skriver i tråd med det som er poenget hans, nemlig at etikken ikke er noe som kan forstås." (Brinchmann 2008, s. 119,120)

Jeg vil i diskusjonskapitlet skrive mer om etikken som kan være vanskelig å forstå, men som man merker i møtet mellom mennesker.

Nytteetikken kan sees på som motsatsen til nærhetsetikken, der verdien måles i nytteeffekten. Denne teorien beskrives i etikken som utilitarismen (fra engelsk utility = nytte). Johannessen m.fl. (2007, s.161,162) sier følgende:

”Utilitarismen, nyttefilosofien eller nytteetikken står sterkt i dag. Det gjelder ikke minst i helsesektoren, der en er svært opptatt av størst mulig nytteeffekt av hver krone.

- *Utilitarismen er rettet mot å realisere det gode. Enten det består i lykke, nytte, velferd eller bestemte preferanser. Hva godet består, kan altså variere.*
- *Utilitarismen sikter på maksimering i den forstand at den er opptatt av det som gir størst mulig effekt.*
- *Utilitarismen teller antall berørte. Kvantitet er viktig i den forstand at tiltak som kommer mange til gode, har fortrinn framfor tiltak som bare få har nytte av.*

Utilitarismen har fått stort og bredt gjennomslag, ikke minst fordi den korresponderer så godt med moderne samfunnsforhold der spørsmål om effektivitet og nytte, innsats og kostnad har blitt påtrengende – slik tilfellet også er i dagens helsevesen.”

Som beskrevet tidligere er også helsevesenet underlagt den tekningen som i samfunnet ellers, at økonomisk balanse er viktig forutsetning for drift. I boka samarbeidets etikk står det om utilitarisme at den ble basis for økonomisk vitenskap. (Eide m.fl.2005, s.35)

For denne pasientgruppen som jeg skriver om slår ikke nytteetikken godt ut for dem. De vil komme i en klemme mellom nytte / effektivitet og menneskeverdet.

Ove Jakobsen skriver i en artikkel om Økonomiens etikk

”I dag er det stadig flere som innser at virkeligheten er for kompleks til å passe inn i økonomiens endimensjonale modeller. For det første er det vanskelig å regne alle verdier om i kroner og øre, og for det andre bør vi ikke bidra til at virkelighetens verdimangfold blir tåkelagt gjennom markedspriser og kostnads/nytteanalyser.” (Forelesningsnotater fra O. Jakobsen, 20-22 august 2008)

3. Metode

3.1 Forskningsdesign

Jeg har i 16 år arbeidet med alvorlig syke pasienter, og de siste 13 år har jeg arbeidet som leder. Ukentlig har jeg vært vitne til at pasienter som er ferdigbehandlet på spesialavdeling i sykehus ikke får kommet tilbake til primærhelsetjenesten i riktig tid. Når jeg nå har fått anledning til å gjøre en studie var det tidlig klart for meg at jeg ville søke mer informasjon omkring denne problemstillingen. På den ene siden er det viktig både i form av eget verdisyn, det at mennesker skal få avslutte livet med kjente og kjære rundt seg i kjente omgivelser, og på den andre siden er det en klar lederoppgave å lede slik at pasienter til enhver tid er på riktig nivå i helsesystemet. På denne bakgrunnen velger jeg å gjøre denne studien med kvalitative intervju.

Dette er en erfaringsbasert masteroppgave. I det videre arbeidet med skrivingen vil jeg også bruke min lange erfaring som sykepleier. Jeg har også gjort litteratur søk om dette emnet.

Forskningsmetode for økonomiske og administrative fag beskriver fire forskjellige feltroller når en forsker er deltaker. Johannessen m.fl. (2009, s. 130,131)

sier følgende om forskerrollene:

Fullstendig deltaker: Forskeren blir en del av miljøet som studeres (lokalsamfunn, organisasjoner eller grupper). Blir en del av ett samfunn for å se hva som skjer innenfra. Dette er skjult deltakelse, de som blir studert vet ikke om det.

Observerende deltaker: Her blir forskeren også en del av miljøet som studeres, og deltar i den ordinære samhandlingen mellom aktørene. Men forskningen foregår ikke skjult, den er åpen slik at de andre deltakerne kjenner til forskerens status.

Ren observatør: Forskeren deltar ikke i feltet. De iaktatte kan ikke se forskeren og vet ikke at de blir forsket på.

Tilstedeværende observatør: Forskeren deltar i liten grad i den ordinære samhandlingen mellom deltakerne i feltet som studeres. Forskeren engasjerer seg gjennom samtaler og intervjuer, men ikke som deltaker. Her er forskerens status som forsker enda tydeligere enn ved observerende deltaker.

Selv vil jeg ha forskjellige roller i arbeidet med masteroppgaven. Min lange erfaring innenfor det feltet jeg skriver om vil tilsi at jeg var observerende deltaker før jeg begynte med studiet. Når jeg nå gjør denne studien er jeg tilstedeværende observatør i og med at jeg gjør intervjuer i primærhelsetjenesten, som for meg er en ukjent del av helsevesenet.

I følge litteraturen er det vanlig og ha flere roller under en forskningsperiode.

”I løpet av et forskningsprosjekt kan forskeren i en del tilfeller velge å ha ulike roller. Dette er spesielt aktuelt når observasjonen foregår åpent. Det er ikke uvanlig at forskeren varierer sitt engasjement mellom å være observerende deltaker og tilstedeværende deltaker.” (Johannessen m.fl. 2009, s. 130,131)

3.2 Datainnsamling

Jeg har valgt å få frem empiri ved hjelp av intervju. Dette var viktig siden jeg selv bare har erfaring fra spesialavdeling på sykehus. Jeg ville finne ut av hvordan erfaringer de hadde i primærhelsetjenesten, og på en annen avdeling i spesialisthelsetjenesten enn min egen arbeidsplass. Dette for og få en større forståelse. Intervju er gjennomført ved en avdeling på UNN og i hjemmetjenesten i en bydel i Tromsø kommune. Jeg intervjuet en sykepleierleder og en sykepleier i turnus på begge stedene. Informantene hadde fra 5-21 års erfaring som sykepleiere. Jeg hadde også planlagt å intervju en lege i spesialisthelsetjenesten og en fastlege i kommunen. Da det var vanskelig å få positivt svar fra leger på begge steder bestemte jeg meg for å utelate den gruppen og kun intervju sykepleiere. I forkant av intervjuene sendte jeg en forespørsel til ledelsen på de aktuelle arbeidsplassene, der jeg informerte om hensikten med intervjuene. Ledelsen plukket så ut to som jeg fikk intervju. Svarene kan bære preg av at lederen plukket ut de som jeg fikk intervju. Det var ikke tilfeldige informanter. Kan hende plukket lederen ut de som kunne mest om denne pasientgruppen.

En intervjuguide med 17 spørsmål til primærhelsetjenesten og 16 spørsmål til spesialavdeling ble utarbeidet. Spørsmålene handlet om hovedtemaene som jeg vil se på i denne oppgaven.

Intervjuguiden følger vedlagt bak i oppgaven.

Informantene fikk ikke se spørsmålene i forkant av intervjuet. Dette fordi jeg ville ha spontane svar. Jeg ville ha svar på hva de tenkte om saken der og da, ikke svar som de hadde tenkt gjennom. Steinar Kvale karakteriserer det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med en struktur og ett mål. Videre legger han vekt på at det kvalitative intervjuet har til hensikt å få fram beskrivelser av informantenes hverdagsverden for å kunne fortolke betydningen av de fenomener som beskrives (Johannessen m.fl. 2009 s. 141).

Jeg hadde spørsmål som var *beskrivende* som ”Hvilken kunnskap/kjennskap har du om palliativ/lindrende pleie?” Andre spørsmål var *fortolkende spørsmål* som ”Hvilke sykepleiefaglige normer og retningslinjer prøver du å følge i ditt daglige arbeide?”

Spørsmålene var omtrent like på begge plassene, bare ordlyden ble endret etter om jeg snakket med sykepleier på spesialavdeling eller i hjemmetjenesten.

3.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført på et kontor på informantenes arbeidsplass. Da de ønsket dette selv pga. travelhet i arbeidsdagen. Det ble en god opplevelse og stemning da de hadde satt av god tid. Hvert intervju tok ca. en time. Og ble gjennomført i løpet av to uker i slutten av oktober 2009. Jeg tok opp intervjuene på bånd og gjorde i tillegg notater underveis. Et par av informantene ga uttrykk for at de ble litt ”stresset” av å skulle bli tatt opp på bånd, men dette gikk greit etter hvert. Da intervjuene var gjennomført ble disse skrevet ut i sin helhet.

Informantene fikk tilbud om å lese gjennom mine utskrifter for å se at de var enig i det som ble sagt. Noe alle av slo. Båndene ble makulert etter at de var skrevet ut.

3.4 Etisk ansvar

Før jeg gjennomførte intervju sendte jeg en skriftlig forespørsel med en presentasjon om oppgaven og mitt forskningsspørsmål til min klinikkssjef om tillatelse for å gjøre dette. Jeg informerte også mine to nærmeste ledere på egen avdeling. Da det var i orden sendte jeg en forespørsel til lederne på de stedene jeg ville gjøre intervju. Lederne plukket så ut de personene jeg kunne intervju på deres arbeidsplass. Det tok litt tid for å få et positivt svar, så jeg brukte litt tid på å få avtalt tidspunkt for intervjuene, fordi det var travle arbeidsdager. Alle jeg kontaktet møtte meg med en positiv holdning.

Jeg anonymiserer de personer som lot seg intervju og kaller de for informanter.

Videre skriver jeg generelt om min egen erfaring. I den tiden jeg har samlet erfaring var verken jeg eller andre involvert klar over at jeg skulle gjøre ett forskningsprosjekt på dette området. Derfor må denne informasjonen heller ikke lede tilbake til noen personer, og er også anonymisert.

Den siste bemerkningen om etisk ansvar, har jeg blitt klar over under skriveprosessen. At jeg som leder og med lang erfaring fra kreftfeltet, gjorde intervju i hjemmetjenesten kunne bli sett

på av informantene som en utfordring. Med min kunnskap kom jeg til deres arbeidsplass for å undersøke hvordan de arbeidet med kreftpasienter. Dermed kan det tenkes at dette påvirket informantens svar. På den andre siden, prøvde jeg og være ydmyk for deres fortellinger. Jeg la frem at jeg gjorde denne undersøkelsen av nysgjerrighet og et håp om bedre samarbeid oss imellom til det beste for pasientene.

3.5 Validitet og reliabilitet:

”I forskningslitteraturen brukes begrepet *validitet* / (validity = gyldighet)

Er dataene gode / (valide) representasjoner av det generelle fenomenet?”

(Johannessen m.fl.2009, s.71)

Jeg valgte å bruke informanter både fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for å få god informasjon fra begge steder. Det at jeg bare intervjuet to på hver plass kan være en mangel på informasjon da utvalget er lite. Videre brukte jeg kun en yrkesgruppe (sykepleiere) og bare hjemmetjenesten som representanter fra kommunen, for å begrense oppgaven til den tiden jeg hadde disponibel for å gjøre denne forskningsoppgaven.

I tillegg bruker jeg egne erfaringer fra mitt arbeid som sykepleier. Her blir min tolkning og erfaring brukt som utfyllende kommentarer i analysen. Jeg mener at oppgaven har gode (valide)data, siden informantene og jeg har lang erfaring og praksis fra dette feltet.

Dermed blir framstillingen virkelighetsnær.

”Ett grunnleggende spørsmål i all forskning er datas pålitelighet. På forskningspråket betegnes dette som reliabilitet, fra det engelske reliability, som betyr pålitelighet. Reliabilitet knytter seg til undersøkelsens data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides.”(Johannessen m.fl.2009, s.46)

Da jeg har valgt å intervju personer som jobber tett opp mot den problemstillingen jeg har, får jeg fakta i fra hverdagssituasjoner her og nå. Det at informantene ikke fikk spørsmålene på forhånd, gjør at svarene blir spontane. På den andre side er det et lite utvalg som intervjues. Det at jeg intervjuer kun en gruppe kan også være en svakhet med hensyn til pålitelighet, og dataene kan ikke generaliseres. Det er informantenes subjektive meninger jeg får.

Jeg vil bruke eksempler fra informantene ordrett fra intervjuene i oppgavens videre skriving. Dette gir pålitelige data, siden det ikke er min egen antagelse som blir brukt. Der jeg bruker

egen erfaring om temaet, vil det komme klart fram og vil også være min subjektive oppfattelse omkring temaet.

Videre ble intervjuene tatt opp på båndopptaker og skrevet ordrett av på papir etterpå. Dette gjorde at jeg kunne konsentrere meg helt om samtalen, se kroppsspråk, mimikk osv. under intervjuene. Imidlertid var det to av informantene som gav inntrykk av at de var ukomfortabel med at samtalen ble tatt opp på bånd. Det kan være mulig at de av denne grunn holdt igjen noe informasjon.

3.6 Litteratur søk

Jeg har valgt å bruke relevant litteratur fra pensumet til dette studiet. I tillegg har jeg vært på internett og søkt på relevante søkerord. Dessuten har jeg vært på universitetsbiblioteket i Tromsø og hentet artikler og lånt relevante bøker. Sist men ikke minst har gode kollegaer på min arbeidsplass lånt meg relevant litteratur som de har hatt i sin samling av fagbøker.

4 Empiri

4.1 Innledning

”Hva skal vi gjøre med denne mannen som er ferdig hos oss for lengst og opptar en plass som vi skulle brukt til aktiv behandling av andre pasienter?” (eget sitat)

Dette er et daglig tema for diskusjon i min arbeidshverdag. For meg er det sårt og fortvilende at pasienter ikke alltid er på riktig sted, både med hensyn til hvilken behandling de skal ha, og hvilke mennesker de har rundt seg.

Kommunen har ikke ledig sykehjemsplass, det er greit for mannen er kanskje bare litt over femti år og vil ikke på sykehjem. Mindre greit er det at han ikke kan få hjelp hjemme døgnet rundt til det han trenger. Hjemmetjenesten kan ofte bare komme på korte besøk dag og kveld. Men natta blir ett problem. De har ikke sykepleier på vakt om natta. Mannen trenger jo både å gå på toalett og få smertestillende på natt som på dagtid. Fra sykehuset vet jeg at man bruker for lang tid på å beslutte at pasienter er ferdigbehandlet der. Systemet kan mange ganger være slik at de som har beslutningsmyndighet ikke er tilstede den dagen beslutninger bør tas. Det kan være at det er uerfarne assistent leger og ny utdannede sykepleiere som er på visitt til aktuell pasient. Det kan gå for lang tid før en tar kontakt med primærhelsetjenesten om samarbeide rundt pasientens videre behandling.

Beskrivelsen over viser en situasjon som er en utfordring for helsearbeidere både på sykehus og i primærhelsetjenesten og ikke minst for de mange pasienter og deres pårørende. Aktuelle spørsmål er da hvilket menneskesyn og holdninger man arbeider etter, og utfordringen blir hvordan man samarbeider.

Slike tema diskuteres i stortingsmeldingen nr.47, (2008 - 2009)

SAMHANDLINGSREFORMEN. I kapitel om aktuelle framtidige kommunale oppgaver

3.3.3.1.-står det:

- *Behandling av pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse.*
- *Behandling av for eksempelvis pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av KOLS... ..*

I forordet til den nye samhandlingsreformen sier daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen:

”At sykehuset skal yte spesialisthjelp, og at pasienten skal tilbake til hjemkommunen når han/hun er ferdigbehandlet. Men skal vi lykkes med gode pasientforløp, må vi sette kommunene i stand til å gi pasientene etterbehandling, rehabilitering og annen oppfølging. Pasientene skal få rett behandling på rett sted til rett tid. Det skal vi klare med samhandlingsreformen” (Helse og omsorgsdepartementet www.regjeringen.no)

Lindrende behandling er med andre ord en oppgave som i framtiden vil bli pålagt kommunene.

Jeg vil videre i dette kapitlet beskrive noen av de funn jeg fikk svar på i intervjuene mine under tre temaer:

- Felles faglig forståelse/kunnskap
- Samhandlingskultur
- Profesjonelle normer/verdier

Jeg vil også ta med en del om lovverk og økonomi i forhold til dette temaet, da det er rammen rundt det jeg skriver om.

4.2 Lovverk

Som en ramme rundt pasientens medbestemmelse og rettigheter kan en støtte seg til Pasientrettighetsloven.

”Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.”

(§1-1. Formål, Lov om pasientrettigheter.)

Fra 01.09.09 er det kommet i stand en avtale mellom UNN og kommunene i forhold til Ansvars og oppgavefordeling ved innleggelse, opphold og utskriving. Her heter det blant annet om formål:

- *Klargjøre UNN HF's og kommunens ansvar og oppgaver gjennom hele pasientforløpet for med dette å sørge for at pasienten opplever en best mulig sammenhengende helsetjeneste og for å unngå at det oppstår feil.*

- *Sørge for godt og løsningsfokusert samarbeid om pasienter med forventet behov for kommunale tjenester etter utskriving, slik at de, uten forsinkelser, får et godt tilbud på riktig sted.*
- *Sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene.*”

4.3 Økonomi

Jeg hadde ingen direkte spørsmål i min intervjuguide om økonomi.

Likevel kom informantene flere ganger inn på temaet økonomi under samtalen.

I hjemmetjenesten kom det fram at man er veldig avhengig av de økonomiske rammer i forhold til hva som kan tilbys denne pasientgruppen jeg skriver om. Et spørsmål var:

”I hvilken grad mener du at dere har ressurser til å følge opp den pasientgruppen vi her snakker om?” Informanten svarte:

”Vi jobber fra 08 til 22. Etter det kommer natt tjenesten inn i bildet, men det er klart de er jo begrenset med folk og de skal betjene hele kommunen. De kan bare komme om det er ett veldig spesielt akutt behov, og ikke noe man skal regne med. Har vi en dårlig pasient som trenger hjelp om natta og dette strekker seg over tid, så må vi legge pasienten inn på sykehjem Vi har ikke økonomi til å bestille inn ekstra personale som kan være hjemme hos pasienten på natten. (sykepleierleder hjemmetjenesten.)

Jeg spør henne videre om det altså er sånn at hun leier inn personale for å være hos en pasient.

Da sier hun:

”Det hender, men det sliter jo veldig på økonomien. Og her kommer jo økonomien først. Men jeg har snakket med en jurist om det. Og det skal være faglig forsvarlig å ha en pasient hjemme. Jeg kan ikke ta ansvar for at døende pasient ligger alene hjemme. Jeg har tatt dette opp med min øverste leder. Og argumentert faglig for at jeg trenger ett budsjett for å få flere stillinger. Jeg følte at lederen forstod meg, men jeg vet jo ikke om vi får flere stillinger. Den øverste lederen har heller ikke helsefaglig bakgrunn.”

Her er et eksempel som beskriver hvordan virkeligheten kan oppfattes av de som er i feltet. Selv om viljen er der til å ta hjem pasienter, finnes det ikke økonomi til å bekle stillinger for å kunne ta denne oppgaven. Dette stemmer med den erfaringen jeg også har som leder inne i spesialisthelsetjenesten. Men økonomien i primærhelsetjenesten er dårligere enn jeg hadde kunnskap om før jeg startet denne studien.

Informanten sier videre:

”Jeg ønsker å ha rom til en god samtale. Jeg ønsker å se pårørende, det får jeg sjelden eller aldri rid til. Det er lite pårørende kontakt. Med pasientene er det ofte ikke tid til de lange

gode samtalene om livserfaring og tanker rundt det å dø. Dette er temaer man må ha tid til. Det går på å kvalitetssikre mat, medisiner, smerte, kvalme". (sykepleier i hjemmetjenesten)

Dette er eksempler på at man knapt har tid til de mest nødvendige oppgaver og at man ikke har det ekstra som disse pasientene trenger for å føle seg trygge hjemme.

Når jeg intervjuet på spesialavdeling kom de inn på økonomien når det omhandlet andre spørsmål. Jeg stilte spørsmål om samarbeidet med primærhelsetjenesten. Da svarte sykepleieren:

"Som regel har vi møter. Men ofte bestemmes det at pasientene må ut raskt, pga. at de er ferdigbehandlet og det er ikke god økonomi å ha ferdigbehandlede pasienter inneliggende"

Dette viser altså at den gode planleggingen i sykehuset settes til side fordi man må skrive ut pasienten så snart som mulig. Spesialistavdelingen ga også svar på at de jevnlig fikk reise på kurs innen palliativ behandling, mens de i hjemmetjenesten var lite på kurs. Sykepleieren der svarte som følger på spørsmål om hvilken kunnskap/kjennskap han hadde til palliativ behandling:

"Av nyere dato så har jeg vært på et kurs for et år siden om lindring, før det er det vel seks år siden jeg var på noe kurs. Om vi har noen form for undervisning så er det stort sett nye nødvendige prosedyrer og nye hjelpemidler i arbeidet vi må kursers på."

4.4 Faglig forståelse/og kunnskap

For å få svar på min problemstilling var et viktig spørsmål om det var en felles faglig forståelse og kunnskap mellom helsearbeiderne som behandler denne pasientgruppen i og utenfor sykehus. Sykepleierleder på spesialavdeling har denne forståelsen av begrepet:

"Den felles faglige forståelsen er jo det at vi er enig om at det beste for de aller fleste pasienter er jo at de får komme hjem, å være hjemme den siste tiden. Så er det jo de utfordringer rundt for å få det til som kan være ei utfordring"

Dette kan tyde på at grunntanken om den felles forståelsen er der, men at det er mange utfordringer som kan hindre arbeidet mellom enhetene.

Fra lederen i hjemmetjeneste får jeg dette utsagnet på samme spørsmål:

"Jeg synes det er veldig varierende fra gang til gang det der med felles faglig forståelse. Jeg opplevde en gang jeg fikk meldt en ung pasient fra kreftavdelingen. Han var så -pass pre-terminal at kreftavdelingen kom med tilbakemelding om at de ikke ville at han skulle bli en kasteball i systemet. Han fikk lov til å være på kreftavdelingen og døde der 14 dager etterpå."

Det syns jeg var fantastisk å få en slik melding fra sykehuset. Og den har jeg båret med meg for det er ofte det andre du opplever. Nei de har overliggere, de har ikke plass, de har null forståelse. Det er veldig sånn: Ja men det er kommunens ansvar, punktum finale! Jeg syns det blir veldig meningsløst å begynne å krangle om hvem som skal ta seg av pasientene.”

Min egen erfaring er sammenfallende med dette. Man vil så gjerne følge pasientens og pårørende sine ønsker om å få avslutte livet hjemme. Men så kan det være praktisk vanskelig å få dette til. Det at hjemmetjenesten opplever det som ”krangling” er svært trist å høre.

Sykepleieren i hjemmetjenesten mener vi har en felles faglig forståelse og kunnskap.

”Vi har jo gått på den samme skolen og lest det samme pensumet. Så vi har en grunnforståelse av problemstillingene som gjør det lett for oss, eller skal gjøre det enkelt for oss å tilnærme oss problemene. Det eksisterer ofte flere forslag til løsning. På et sykehus så kunne man kanskje gått inn med andre ressurser faglig sett, men på den andre siden, i hjemmet har vi andre muligheter for å gå inn på pasientens egne premisser i større grad for eksempel.

Jeg føler at på sykehus så disponerer man mye mer utstyr som kan brukes.”

Jeg spør et oppfølgings spørsmål på dette: ”Sier du a dere samarbeider om prosedyrer og kan gjøre det samme i hjemmetjenesten som på sykehuset

”Ja vi kan henge opp intravenøst, vi gir paraenteral ernæring ved behov og slike ting. Jeg vil ikke ha problem med å administrere smertepumpe, jeg må bare få en rask repetisjon på administrering og blanding”

Sykepleier i spesialavdeling har erfaring med mange distrikter av hjemmetjenesten og svarer på det samme spørsmålet:

”Det er veldig forskjellig. Det med smertepumpe, folk har vært inne og fått opplæring på det. Etter hvert så vet vi hva de kan i de forskjellige områdene. Ting går greit hvis de har sykepleiere nok. Om pasienten skal hjem med CVK eller for eksempel sondeernæring må vi sikre oss om at de kan det. Når det gjelder mer spesielle prosedyrer, syns jeg det er variabelt. Det er ikke sånn inn en dag og ut den neste. Det tar tid og planlegg for de som har mye utstyr og prosedyrer.”

Dette sier meg noe om at det er en forståelse mellom de to tjenestene. En del prosedyrer er lik, og det er mulighet for opplæring. Videre er det viktig med samarbeidet, som beskrives i neste kapittel.

4.5 Samhandlingskultur

4.5.1 Skriftlig informasjon

På spørsmålet om skriftlig informasjon (epikriser og sykepleierrapporter) sendes i riktig tid, er svarene stort sett like.

Sykepleier fra hjemmetjenesten sier:

”Stort sett kommer de i tide, ikke bestandig”

Lederen på samme plass fyller ut med

”Nei av og til blir det skriftlige sendt til fastlegen og ikke til oss, så må vi bruke tid på og innhente det. Dette er ett problem med nye brukere som vi ikke kjenner fra før. En annen ting kan være at vi får informasjon men ikke fastlegen. Da blir det også ett problem for oss i forhold til for eksempel medisiner. Jeg synes personlig det er lite sykepleierrapporter fra UNN. Jeg har ett godt eksempel fra UNN som jeg fikk her om dagen. Fikk en konvolutt med alle papirene angående en pasient. Det stod utenpå hva den inneholdt og det var haket ut utenpå. Det var en fin måte for da hadde jeg oversikten over alle papirene.”

Sitatene over viser at det er noe uklart system på skriftlig informasjon fra spesialavdeling til hjemmetjenesten. Det kan virke som om lederen blir overrasket når hun får alle papirene samlet. Noe som burde være en rutine. Dette er noe jeg kjenner fra min egen erfaring. Det brukes mange ganger tid på og svare på spørsmål om utskrevne pasienter og ettersende skriftlig materiale. Samtidig har jeg erfaring med at dette kan gå andre veien også. Det at det kan være dårlig informasjon fra hjemmetjenesten til sykehus angående pasienter som legges inn.

Sykepleier på spesialavdeling har denne erfaringen i forhold til samme spørsmål.

”Ja stort sett sendes det skriftlig informasjon med pasientene, sykepleie epikrisen sendes samtidig med pasienten og informasjon om prosedyrer osv. Som regel sendes det en orientering fra legen, der det står om sykdomsforløpet, medisiner og slike ting.”

Dette betyr at det bekreftes fra spesialavdeling, den erfaringen som kommunen hadde. Som regel sier informantene, da er det en mulighet for at det kan skje unntak.

Jeg har et oppfølgings spørsmål om de sender dette til hjemmetjeneste eller fastlegen, eller begge plasser.

”Epikrisen den sendes til fastlegen. Vi må avklare med hjemmetjenesten hva de trenger og da går det stort sett greit.” Det er unntaksvis at vi ikke har fått sendt det i tide, men da faxer vi det i etterkant.”

Informantenes utsagn stemmer også med min erfaring fra sykehuset. Stort sett sendes det som vi på sykehuset mener trengs av informasjon, og det vi har avtalt i møter. Men det er ikke noe rutine i å sende informasjon til både fastlege og hjemmesykepleie (lege epikriser)

4.5.2 Samarbeidsmøter mellom enhetene

Jeg spør leder i hjemmetjenesten om de blir invitert på samarbeids møter når pasienter skal skrives ut? Hun svarer:

”Ja stort sett, om det ikke skjer så etterspør vi det.”

Videre spør jeg, når dere kommer dit hvem er på disse møtene og om fastlegen er der?

”Det er leger, sykepleie, ergoterapeuter og pårørende. Noen ganger er pasientene med, det kommer helt an på hva vi skal diskutere.

”Nei det kan jeg si med sikkerhet at fastlegene de er ikke til stede, og vi innkaller de ikke”

Jeg følger opp med å spørre om det hadde vært greit om de hadde vært med på møtet?

”Absolutt. For det går litt på den kommunikasjon, endringer av medisiner som skal skje, at vi har en diskusjon og at de møter oss litt. At ikke alle møtene skal foregå på telefon.”(leder)

Videre har jeg ett spørsmål som går på om pasientene meldes i riktig tid.

Her har sykepleier leder følgende svar:

”Vi hadde forrige uke en helt ny person som ble meldt til oss, men da hadde de allerede sendt han hjem og da satt han og ventet på oss. Ikke resepter og ikke epikrise. Det blir slik at man river seg i håret en fredags ettermiddag. Det sier seg selv at da har vi begrenset med personell. Fastlegen har gått for helgen, vi fikk ikke ordnet noe. Så det skaper mye irritasjon og merarbeid, og det er så uverdigg for den personen som sitter der og venter på å få hjelp.”

På samme spørsmål har sykepleieren i hjemmetjenesten denne kommentaren.

”Hvis sykehuset opplever at vi trenger 2 dager på en elementær utskrivelse, så vekker det jo selvfølgelig stor irritasjon og det skjønner jeg godt, men det vekker også irritasjon fra vår side hvis vi opplever at sykehuset presser hjem en pasient en helg som krever betydelig oppfølging.”

Informantene bruker sterke uttrykk om samarbeidet. Ord brukes slik som at ”presser pasient hjem ” og ”river seg i håret en fredags ettermiddag”. Dette sier meg at samarbeidet ikke er godt og at det er preget av liten tillit mellom enhetene. Det preges mer av en maktbruk.

Jeg stiller også spørsmål ved kommunikasjonen på spesialavdelingen. Der sier sykepleierlederen:

”Du kunne heller spurt meg om eksempler på dårlig kommunikasjon. Det er ei i kommunen som er kjent for å kommunisere dårlig. Det er faktisk slik at folk kvier seg når de skal ringe til sonen der. Det er så personavhengig. Så er det ei anna som er så positiv, som møter oss på dette viset. ”Det er klart vi kan, vi skal gjøre alt vi kan”.

Mitt inntrykk er følgelig at kommunikasjon, med målet om pasientens beste, ikke er til stede. Her er det heller ikke preget av noe godt tillitsforhold mellom enhetene. Videre spør jeg informanten om hun tror dette kan ha noe med tillit mellom enhetene å gjøre. Da svarer informanten:

”Vi har jo felles mål” Jeg har forståelse for at de har det kjempetøft. Men det er noe med måten man prater på. Vi må vite at når pasienten sendes fra oss så kan vi sende han med god samvittighet.”

Sykepleieren på sykehuset svarer dette på spørsmålet om tillit.

”Ja, jeg har tillit til de, men det spørs hvem man møter på. Man føler at de setter seg på bakbeina hvis tiden er knapp. Da blir vi i en mellomposisjon mellom legen her på sykehuset og hjemmetjenesten. Det er jo legen som bestemmer at pasienten skal reise hjem i morgen, når han er ferdigbehandlet og da kan det gå fort”.

Svarene viser at det oppleves å være liten forståelse og kommunikasjon mellom de enhetene som skal behandle samme pasient i forskjellige faser av sykdommen.

4.5.3 Videre oppfølging av pasienter og re innleggelser.

På spørsmål om hva som er rutinen når pasienter eventuelt må legges inn på nytt svarer sykepleier fra spesialavdeling:

Det er ikke åpen retur(det at pasienter kan komme direkte inn på kjent avdeling, uten å gå via egen lege)De må via fast lege på dagtid eller akuttmottaket på kveld og helg. Pasientene tar ofte kontakt med oss når de er skrevet ut.

Jeg spør videre om sykepleieren ofte har telefonkontakt med hjemmetjenesten om utskrevne pasienter. Da svarer informanten at det er ukentlig.

På spørsmålet om re innleggelse svarer sykepleier i hjemmetjenesten:

”Man tar kontakt med fastlege på dagtid og legevakt på kveld, da går det stort sett greit å få de videre i systemet. Med mindre det eksisterer en avtale om åpen retur. Slike avtaler er det blitt mindre av i det siste. Jeg er i kontakt med spesialavdeling 3-4 ganger i uken.”

Lederen i hjemmetjenesten svarer slik på spørsmålet om videre samarbeid mellom sykehus og hjemmetjenesten etter at pasienter er skrevet ut

”Jeg vil tilstrebe at vi skal en hyggelig tone oss imellom, jeg føler jo at vi er veldig avhengig av hverandre for å få det her til å fungere”.

Mitt inntrykk er at enhetene ser betydningen av å samarbeide rundt disse pasientene, men at det er en jobb som må gjøres for at tilliten og respekten for hverandre i de ulike sektorene skal kunne fungere i fremtiden.

4.6 Profesjonelle normer/verdier

4.6.1 Pasientens medbestemmelse

Mitt spørsmål til informanten var om det legges vekt på pasientens medbestemmelse med tanke på hvor behandlingen skal finne sted.

”Vi legger stor vekt på det. Eksempelvis hvis pårørende presser på for at noen skal søke sykehjem pga. at de er dårlige kreftpasienter og de ikke kan være hjemme, da er det alfa og omega hva vedkommende selv ønsker. Har du sterke pårørende så kan du lett la deg bli på virket til å si ja med å legge inn på korttidsavdeling eller sykehjem. Jeg tenker det er pasienten som bestemmer. Det er først og fremst pasienten vi tar hensyn til.

Vi hadde nettopp en kreftpasient som døde. De skjedde sånn i hyrten og styrten. Da ville ikke pårørende ha ho hjem, men ho ønsket å komme hjem for å dø. Det jobbet vi for å få til, men så gikk det veldig fort på slutten. Det er jeg personlig veldig lei meg for at vi ikke fikk til. For det hadde vi virkelig jobbet hardt for å få til. Jeg måtte kvalitetssikre at vi hadde folk rundt ho hele tiden, det var det, det skortet på. Men da tar vi ikke hensyn til pårørende, da er det bruker vi tar hensyn til. Så vi prøver å tilstrebe, men det er klart noen trenger døgnkontinuerlig hjelp, det vet jo alle som jobber i helsevesenet at personellmangel det er vel noe vi alle sliter med.”(sykepleierleder hjemmetjenesten)

Det betyr at pasientens ønske legges særlig vekt på, så sant ressursene tillater det.

Sykepleieren på samme arbeidsplass svarer dette:

”Vi lar pasienten ha medbestemmelse så lenge vi opplever det faglig forsvarlig med den grunnbemanningen vi har, men når det blir snakk om fast vakt går det ett markant skille, idet det blir snakk om å ha sykepleier på hver vakt, går det også ett skille. Vi gjør så godt vi kan med de 2,5 sykepleier stillingene vi har. Disse stillingene skal dekke morgen, kveld, helg, ferie, sykdom, så det er begrenset hva vi klarer.”

Her ser vi at pasientens ønsker veier sterkt ute i kommunen, men her er det de økonomiske rammer som gjør at det kan bli vanskelig å utføre pasientens ønsker.

På spesialavdeling svarte de slik på samme spørsmålet:

”Pasientene er forskjellige, noen pasienter ønsker å være her fordi de har det godt her og føler seg trygge. Så har en de som gjerne vil hjem og som ikke kommer seg hjem pga. situasjonen i kommunehelsetjenesten. Det vi ser er at det ofte er lettere å få til noe i en liten kommune, enn i en stor kommune. Små kommuner kjenner sine innbyggere etter hvert. De vil gjøre det slik at pasienten skal få lov å komme hjem og dø.”(sykepleierleder)

Et godt pasienteksempel på medbestemmelse hadde sykepleieren på spesialavdelingen:

”Vi hadde en pasient fra en liten kommune, der pasienten var ung og hadde svært begrenset levetid. Hans største ønske var å få komme hjem for å dø. Da motsatte hjemmetjenesten seg det fordi de hadde lite sykepleiere, og følte seg usikre på diverse prosedyrer. I sånne tilfeller tilbyr vi de alltid å komme inn på sykehuset for å lære seg dette. Men de ville ikke. Kona var fortvilt, mannen var fortvilt, de hadde barna hjemme. Det endte med at kona selv ringte fastlegen, og han kom hit i helgen. Han lærte seg prosedyrer og ga klarsignal om at pasienten kunne få reise hjem. De reiste hjem, men hjemmetjenesten følte seg litt overkjørt. Det endte veldig bra, legen lærte opp sykepleierne, og etter kort tid fungerte det veldig bra. Vi måtte ringe hjem til pasienten etter en tid, både mannen, kona og hjemmetjenesten var veldig glad for hvordan situasjonen var blitt.”

Informantenes uttalelser ovenfor indikerer at pasientene har forskjellige ønsker og behov.

Utsagnet ovenfor er et godt eksempel på at om man skal kunne innfri pasientens medbestemmelsesrett, så må man noen ganger tenke utradisjonelt.

Selv har jeg erfart mange lignende eksempler. Det er ikke kultur for å samarbeide med fastleger om denne pasientgruppen når de skal avslutte livet hjemme. Stadig opplever vi at pasienter skrives ut fra sykehus og kommer raskt tilbake til sykehuset. Ofte er grunnen at det har vært dårlig samarbeid med fastlegen. Mange ganger er fastlegen ikke involvert i problemstillingen. Jeg har god erfaring i å invitere også fastlegen på samarbeidsmøter rundt denne pasientgruppen. Ansvar må gis til dem, og fastlegen er helt sentral når det gjelder samhandling også om denne pasientgruppen.

4.6.2 Sykepleie faglige normer og retningslinjer

”Jeg er veldig nøye på det. Hvordan vi jobber overfor brukerne våre. I forhold til det med taushetsplikt, hvordan man opptrer, det der med hygiene. Hvordan man tiltaler folk. Det å komme inn i hjemmene deres er ikke som å være på sykehus. Det er noe med hvilken rolle man har når man kommer inn i hjemmet til folk. Det er ikke bare å gå inn med støvlene på. Men det har faktisk med å ta av seg på beina, håndhilse og kalle dem med fullt navn. Vi har ikke noen målsetting men vi prøver å ha pasienten i sentrum. Vi prøver å tilstrebe det, men klarer ikke hele tiden å nå målene. Det vil jeg si kan være mange grunner til.(sykepleierleder i hjemmetjenesten)

Informantens uttalelser ovenfor indikerer at selv om de ikke har nedskrevet noen målsetting, så jobber de med det målet at pasienten skal vises respekt. Dette tolker jeg som at det er noe informantene tilstreber og at informantene har et godt menneskesyn.

Jeg spør om informantens leder uttrykker refleksjoner om normer og verdi syn.

"Ja min nærmeste leder gjør det. Men ikke den øverste lederen, der er det veldig fokusert på budsjett og kun det!"

Sykepleieren i hjemmetjenesten svarer på dette spørsmålet:

"Det er en liten nyutdannet sykepleier i meg fremdeles. En liten idealist som husker det jeg lærte på sykepleierskolen. Han er der til tross for at hjemmetjenesten preges mer og mer av å være en akuttpost. Jeg prøver å respektere pasienten i hans hjem. Jeg prøver å respektere hans livshistorie, hva som er viktig for vedkommende, jeg prøver å sette meg ned noen minutter hvis det dukker opp en problemstilling som omhandler alvorlig sorg og smerte. Jeg er i hvert fall veldig bevist på det, men i forhold til min hverdag, så er det heller ikke etisk forsvarlig å ikke gjøre det viktigste først. Respekten er viktig for meg, men også dette med forsvarlighet. Yrkesetiske retningslinjer tenker jeg ikke så mye på, mer på god praksis og forsvarlighet."

Fra spesialavdelingen fikk jeg disse svarene:

"Jeg bruker min livserfaring. Det å prøve å sette seg inn i situasjonen å tenke: hvordan vil jeg ha det, eller hvordan ville jeg ha blitt møtt om jeg var syk. Man går ikke og tenker på de yrkesetiske retningslinjer.

Vi har utarbeidet egne målsettinger. Det er det personalet som har gjort. Vi er ikke flink nok å se på den, vi bruker å minne hverandre på det som står der i forhold til pasientene og pårørende." (sykepleierleder).

Jeg spurte om den nærmeste leder uttrykker refleksjoner omkring normer og verdi syn?

"Nei, jeg syns ikke det. Vi har nok forskjellig syn på ting og litt forskjellig måter å si ting på."

Sykepleier på spesialavdeling sier om normer og verdier:

"Vi har visjoner om det arbeidet vi skal gjøre. Det er jo at man setter arbeid for det beste for pasienten og setter pasienten i høysetet."

Svarene viser at det er forskjellige tanker omkring dette emnet og hva man legger i det.

Informantene sier mye om respekt for pasienten, de uttrykker hvordan de ser på pasienten.

Det kan virke som om øverste leder er mer fokusert på økonomi. Det samsvarer med mine erfaringer. Det trenger ikke å være et hinder for refleksjoner for normer og verdi syn. Øverste

leder har jo ansvar for økonomi. Økonomi er jo også en verdi som kan forenes med andre verdier. De sier også noe om et levd liv, som de bruker erfaring fra når de behandler pasientene.

Diskusjonen over viser at jeg kan oppsummere noen hovedfunn fra informantene som jeg vil drøfte videre i diskusjonen i neste kapittel.

- Tilliten mellom enhetene var ikke tilfredsstillende, og bør kunne utvikles til det bedre.
- Respekten for pasienten var i sentrum.
- Samhandlingskulturen mellom enhetene bør kunne forbedres.

5. Diskusjon

Empirien viste at utgangspunktet for samhandling er godt i og med at respekten for pasientene var stor blant fagpersonalet. Likeledes tolket jeg at omsorgspersonenes menneskesyn når det gjelder denne pasientgruppen var positivt blant de som arbeider med denne pasientgruppen. Når ansvaret for pasientene skal tas i den praktiske utførelsen, der pasienter skal flyttes mellom to enheter, blir det imidlertid en utfordring omkring selve samarbeidet. Spørsmålet blir hvem har og hvem tar ansvar.

Tilliten syntes videre å være liten mellom de aktuelle aktørene, og samhandlingskulturen var ikke optimal. Pasienten som er hovedpersonen, blir ofte værende i ett krysningspunkt mellom aktører i samfunnet. Pasientene har også forskjellige ønsker og behov. Noen har et sterkt ønske om å få avslutte livet hjemme, mens andre igjen ønsker å få avslutte det på sykehus, eller annen institusjon. Dermed blir det et viktig spørsmål om det er det pasientens ønsker eller behovet i samfunnet og ressursene som blir avgjørende for omsorgsarbeidet.

5.1 Tilliten mellom enhetene var ikke tilfredsstillende

Tilliten er grunnleggende i samhandling. Den bør være tilstede mellom alle mennesker som skal utføre et arbeid som trenger samarbeid. Dette gjelder mellom omsorgspersoner, mellom enheter, mellom profesjoner og mellom pasient og behandlere. Løgstrup (Vetlesen, Nortvedt 1996, s 171) skriver at det hører til vårt menneskeliv at vi møtes med en naturlig tillit til hverandre. Det at omsorgsenhetene derimot opplever det motsatte nemlig mistillit, kan komme av hvordan menneskene forholder seg til hverandre over tid. Dermed utvikles også kulturer. Hernes (Grund 2006, s.31) sa at de som arbeider med ansvaret for andre menneskers liv, må ha fokus på at de arbeider i tillitsbransjen. Jeg mener ut fra erfaring at dette ansvaret ikke kun gjelder mellom omsorgsarbeider – pasient, men det må også gjelde mellom personalet som skal samarbeide på tvers av institusjonsgrensene.

På spørsmål om det var tillit mellom enhetene, sier informanten i sykehus:

”Vi har jo felles mål” Jeg har forståelse for at de har det kjempetøft. Men det er noe med måten man prater på. Vi må vite at når pasienten sendes fra oss så kan vi sende han med god samvittighet.”

Dette har å gjøre med kommunikasjon, som også er en viktig del i tillitsbegrepet.

Likeledes vil jeg trekke frem det sykepleier på sykehuset svarte på spørsmålet om det var god kommunikasjon mellom enhetene. Da svarte hun:

”Du kunne heller spurt meg om eksempler på dårlig kommunikasjon. Det er ei i kommunen som er kjent for å kommunisere dårlig. Det er faktisk slik at folk kvier seg når de skal ringe til sonen der. Det er så personavhengig. Så er det ei anna som er så positiv, som møter oss på dette viset. ”Det er klart vi kan, vi skal gjøre alt vi kan”.

Utsagnene fra informanter i hjemmetjenesten tydet heller ikke på et godt tillitsforhold. Her sier informanten:

”Hvis sykehuset opplever at vi trenger 2 dager på en elementær utskrivelse, så vekker det jo selvfølgelig stor irritasjon og det skjønner jeg godt, men det vekker også irritasjon fra vår side hvis vi opplever at sykehuset presser hjem en pasient en helg som krever betydelig oppfølging.”

Utsagnene ”måten man prater på”, ”det å sende fra seg en pasient med god samvittighet”, og ”det vekker stor irritasjon” er sterke eksempler på grader av mistillit. Jeg antar det må være noen erfaringer over tid som ligger bak denne mistilliten som oppleves. Løgstrup (Vetlesen, Nortvedt 1996, s. 171) sier at det er opp til den enkelte om den andres liv lykkes eller ei. Videre sier han at i møtet mellom mennesker oppstår det han kaller suverene livsytringer. Dette er fenomener som barmhjertighet, tillit, talenes åpenhet, medfølelse og oppriktighet. Min egen erfaring er at de som skal samhandle, ikke har faste møteplasser mellom enhetene.

Dette fører til at man ikke kjenner hverdagen til den andre part, og det oppstår kommunikasjonsproblemer. I stedet for å møtes med åpenhet og naturlig tillit, så kommuniserer man over telefon, uten og kjenne den andres hverdag. For å skape tillit burde man bli kjent over tid ved å møtes direkte omkring arbeidsoppgaver. Dermed kan aktørene lettere utøve samarbeid bygget på oppriktighet, og de kan utvikle forståelse for den andres situasjon. Enkelt personer har også et eget ansvar for å skape tillit. Det utgjør en stor forskjell med hensyn til hvordan en samhandler. Hvilke ord og toneleie en velger å bruke i kommunikasjon med den andre part er for eksempel viktige detaljer i et godt samhandlingsklima.

Mange ganger når det oppstår en følelse av og ”å presse ut” en pasient fra sykehus til hjemmetjenesten, kan dette grunne i at personalet på sykehuset ikke er klar over hvor få

ressurser som er i kommunen. Dessuten kan det hende at sykehuspersonalet ikke vet hvordan arbeidet er organisert i kommunen. Man er hver enkelt så til stede i sin egen travle hverdag at man ikke klarer å ha medfølelse for den andre parts travle hverdager. Dermed blir det vanskelig å vise barmhjertighet i forhold til andre parter. ”Talenes åpenhet” har jeg selv erfaring med at den ikke alltid er til stede i samarbeid. Det er eksempler på at pasienter har blitt unødvendig innlagt på spesialavdeling på grunn av for eksempel et smerteproblem. Når pasienten kommer, har det vært andre ting som har vært problemet i avdelingen, og det har ikke blitt fokusert på den nye pasienten som kommer, slik som at pasienten trenger mer og tettere pleie.

Dermed kommer pasienten inn på spesialavdeling, istedenfor burde en slik pasient vært innlagt fra hjemmet til sykehjem i nærområdet. I neste omgang må sykehuset selv ordne med sykehjems plass. Dette gjør at en seng på sykehuset blir opptatt av en pasient som ikke trenger den, og at det blir en unødvendig ekstra belastning for pasienten. På den andre siden vet jeg at hjemmetjenesten har fått pasienter som hadde et større behov for hjelp, enn det som var informert om fra sykehuset. Dette er eksempler på kommunikasjonsproblemer.

Altså flyttes pasienter på gale premisser. Slike hendelser er ikke med på å bygge et tillitsforhold mellom enhetene. Her burde man tidlig i fasen av en utskrivelse møtes og planlegge denne utskrivelsen. Det er viktig å møtes fysisk og få innsyn i det videre samarbeidet på begge enhetene. De bør også være tilstede som kjenner pasienten og har beslutnings myndighet. Her vil for eksempel fastlegen spille en viktig rolle.

5.2 Respekten for pasienten i sentrum

I pasientrettighetsloven står det at man skal ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Et viktig spørsmål er om dette skjer i samhandlingen mellom de enheter og personer som er involvert i en alvorlig syke pasients ønsker for sin siste del av livet. Problemet oppstår når man på sykehuset bruker lang tid på å beslutte at pasienten er ferdig behandlet på sykehuset. Videre er det problematisk når pleiere på sykehuset ikke kontakter primærhelsetjenesten tidlig nok, og kommunikasjonsproblemer tilspisses når primærhelsetjenesten ikke har ressurser til å gi fullverdig behandling og pleie i hjemmet. Dermed utfordres aktørenes menneskesyn.

"Ett menneskesyn definerer grensene for det menneskelige og er bestemmende for hvordan vi tenker og handler i forhold til andre mennesker"

"Det vil si at menneskesynet må gis et handlings rom gjennom en menneskeverdig praksis"
(Johannessen m.fl. 2007, s. 20)

Jeg har mange ganger fundert over om det er mulig å forene et godt menneskesyn mot den praktiske hverdag helsevesenet opplever i dag, der effektivitet og økonomisk balanse er begreper som verdsettes høyt av de som har øverste administrative myndighet. Her oppleves det ofte at menneskesyn og omsorgsverdier kommer til kort. I tillegg har samfunnet endret seg i den forstand at egoismen er økende generelt blant menneskene.

Kan disse ulike verdiene forenes? Min oppfatning er at det ene verdisynet ikke skal utelukke det andre. Det er en verdi å drive aktivitetene innenfor de økonomiske rammene (Pettersen et.al, 2008), samtidig som man aldri skal glemme at i helsevesenet er det pasienten som er i sentrum.

"Å yte behandling, pleie og omsorg er kjernen i sykepleiefaget og er i hovedsak regulert ved kravet til forsvarlighet"
(Johannessen m.fl.2007).

For meg ligger det i omsorgsbegrepet å se hele mennesket med alle dets sider. Dette er en kjerneverdi som burde stå sentralt i all behandling av mennesker, og i alle relasjoner.

Johannessen m.fl. (2007, s.25) sier *"..at hvordan vi ser på og behandler andre mennesker springer ut fra hvordan vi ser på oss selv."*

Skal man behandle pasienten med respekt og et godt menneskesyn, bør det gjøres på den måten en selv ville blitt behandlet på i samme situasjon. Intervjuene jeg gjorde i denne studien viste at etter dette synet arbeider informanten som var sykepleierleder på sykehus. Hun sier at:

"Jeg bruker min livserfaring. Det å prøve å sette seg inn i situasjonen å tenke: hvordan vil jeg ha det, eller hvordan ville jeg ha blitt møtt om jeg var syk. Man går ikke og tenker på de yrkesetiske retningslinjer."

Informanten i hjemmetjenesten svarte på samme spørsmål:

"Respekten er viktig for meg, men også dette med forsvarlighet. Yrkesetiske retningslinjer tenker jeg ikke så mye på, mer på god praksis og forsvarlighet."

Dette gir gode eksempler på at omsorgspersonene vil behandle pasientene etter hvordan de selv ville blitt behandlet, og at de har en stor respekt for den enkelte pasient. Dette er viktige funn i min studie.

Skal pasienten føle at de er i sentrum, må dette vises i omsorgspersonenes handlinger. Ønsker for eksempel pasienten å reise hjem for å være der den siste tiden av livet, så kan dette vise seg ikke å være like lett og innfri alltid for de som har behandlingsansvar. Dette går på hvordan organisasjonene er strukturert og hvilke ressurser som finnes i helsesektoren.

Dette å se hele pasienten beskrives som det å ha et holistisk menneskesyn (Brinchman, 2008, s. 25-28). Likeledes skal ordparet jeg - du benyttes i relasjoner. Klarer de som er involvert i pasienten å utføre dette, vil en også kunne ha mulighet å sette pasienten i sentrum og se hva som betyr noe for at pasienten skal ha livskvalitet. Når det gjelder en alvorlig syk pasient, så kan det være svært viktig med trygghet fra de som er rundt. Det kan være viktig å være i kjente omgivelser samt å få riktig pleie og behandling. At omsorgspersoner viser vilje til å bli kjent med hele pasienten og deres mange behov og samtidig behandle sykdommen, vil være et holistisk menneskesyn.

På den andre siden kan også omsorgspersoner handle etter et reduksjonistisk menneskesyn (Brinchman, 2008, s. 29-31), hvor en ikke ser på helheten men på enkeltdeler. Her brukes ordparet jeg – det. Jeg mener at om en for eksempel behandler smerteproblemet til pasienten, men ikke bruker tid på å samle informasjon om hva som i tillegg betyr mye for pasienten, så handler personalet ut fra rutiner. Dermed kan pasientens ønsker bli satt til side, og bli behandlet som en ting.

5.3 Samhandlingskulturen mellom enhetene kan forbedres

Den etiske diamant (Knut Ims, forelesing 20-22 august 2008) viser at respekt, ansvar, omsorg og kunnskap er likeverdige verdier. Uteblir den ene, får det følger for de andre delene.

I samhandlingskulturen må noen ta ansvaret for at samhandlingen med alle delene skal kunne finne sted. Utvikling av kultur blir derfor en viktig utfordring for å bygge ut samarbeid mellom ulike behandlingsnivå. Informantene i min studie hadde fortellinger om at skriftlig informasjon ikke alltid kom tidsnok til hjemmetjenesten. Likeledes hadde de erfaring med at informasjonen ikke automatisk ble sendt både til hjemmesykepleien og til fastlegen. Dette er tydelige eksempler på manglende kommunikasjon og trygghet i samarbeidet mellom enhetene.

Min egen erfaring fra sykehuset er at det heller ikke alltid kommer skriftlig informasjon om pasienter som legges inn på sykehus fra hjemmetjenesten. Her er det en ansvarsfraskrivelse som ikke tyder på god samhandling. Det vil ta tid å utvikle gode rutiner, fordi dette også har med kultur å gjøre. På samarbeidsmøter som foregår mellom enhetene, er det heller ikke vanlig at fastlegen er til stede. Dette er noe som bør forbedres siden det er fastlegen som har det medisinske ansvaret for pasienter som ikke er på sykehus. I forskrift om fastlegeordning i kommunene står det at:

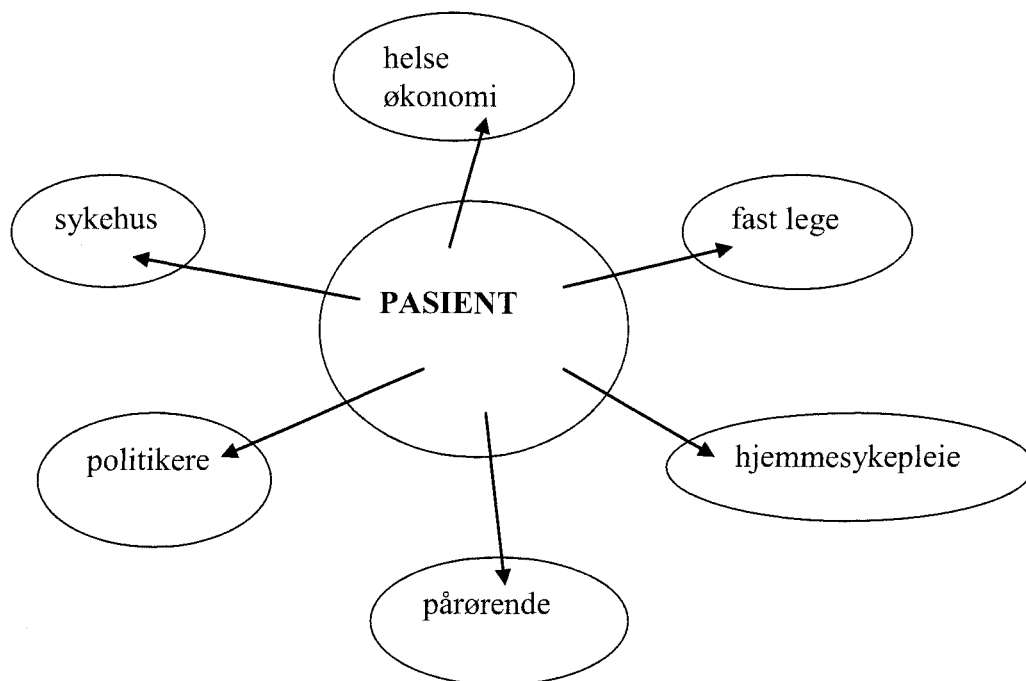
”blir personen som står på fastlegens liste inntatt i helseinstitusjon overføres ansvaret til institusjonen. Ved utskrivelse har fastlegen ansvaret for tilrettelegging av allmennlege tilbudet ved utskrivning, Ved behov for tilrettelegging plikter institusjonen å orientere fast legen på forhånd. Institusjonen skal gi fastlegen epikrise ved utskrivelse.”

Dette viser at fastlegen vil være en viktig aktør i den videre utviklingen av samhandlingskulturen mellom behandlingsenhetene framover.

Det er vanskelig å utvikle gode samhandlingsrutiner dersom ikke alle involvert parter er tilstede rundt pasientene, som er de egentlige hovedpersonene. Dersom ikke helheten vurderes. Kan samhandling tvert imot føre til at alvorlig syke pasienter og deres pårørende opplever en form for dilemma. De er en brikke i ett stort spill. Egentlig bør man se på pasienten i sentrum og premissene for samhandling bør gå fra pasienten og til de ulike interessesentrene som er omkring pasienten, se figur 1 i teorikapitlet og figuren nedenfor, hvor pasienten er satt i sentrum.

Figuren nedenfor skal illustrer at pårørende, hjemmesykepleien, fastlegen, de involverte på sykehuset, helseøkonomien og politiske beslutninger og vedtak bør forenes til det beste for en syk pasient. Dette er en ideell figur. Realitetene er nok oftest annerledes. Det er en svakhet at den nye samhandlingsreformen som skal gjennomføres fremover, ikke har lagt føringer økonomisk for hvordan kommunen for eksempel skal kunne gjennomføre behandlinger som i dag utføres i stor grad på sykehus. Fra dagens praksis og med tanke på den informasjon jeg fikk fra informantene, så er det de nære ting som ikke fungerer i den kliniske hverdagen.

Figur 3. Pasienten i sentrum



Jeg har vist i min studie at det ofte mangler kommunikasjon og tillit, og at det skjer ansvarsfraskrivelser. Likevel finner jeg at behandlingspersonalet har respekt for enkeltpasientene, og det er viktig å ta med videre i arbeidet med samhandlingsreformen. Det vil være avgjørende å ta ansvar. Ta ansvar for at de involverte parter omkring en pasient får samme informasjon, og bedre kommunikasjon. Det at skriftlig informasjon ikke følger pasienten er i strid med lovveket. Det står klart at journalopplysninger skal gis til andre som yter helsehjelp. (Molven 2006, s. 248).

Ansvaret for kunnskapsoverføring mellom enhetene er heller ikke klarlagt i utredningene om samhandlingsreformen. Min egen erfaring er at dette er svært forskjellig fra sted til sted.

6. Konklusjon

Denne studien har vist at de enkle og nære verdier som omhandler det å se mennesket med alle deres sider og sette det i fokus i møte med pasienter ikke alltid er så lett. Selv om spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har et stort fokus på enkeltpasienten, så er samhandlingskulturen ikke tilfredsstillende mellom dem. Det å bygge en kultur mellom enhetene tar lang tid og må være en viktig og prioritert oppgave i fremtidens helsevesen. Her må det fra politisk hold prioriteres ressurser til dette.

Samhandlingsreformens mål er at mye av det som i dag gjøres på sykehus, i fremtiden skal gjøres i kommunen. Dermed må de som har ansvar for å utvikle strukturene i helsevesenet i større grad se på de forskjellige enhetene under ett, og ikke betrakte spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste som to adskilte systemer. Det er også av stor betydning at fastleger involveres i større grad enn det som i dag er vanlig. Finansieringssystemene må også motivere til samarbeid på tvers av kommuner og spesialisthelsetjenesten

Enkelt personer med sine normer og verdisyn er også avgjørende i dette samarbeidet. Ved å bygge en kultur med tillit mellom de ansatte i helsetjenesten, vil en derav kunne sette pasienten i sentrum og utvikle bedre samhandlingskultur.

I dag er det en skjevfordeling av ressurser mellom enhetene, som medfører at en ikke kommer i mål i forhold til pasientens ønsker. Det at kommunen har så få økonomiske midler, gjør at det ikke alltid vil være forsvarlig å sende hjem en alvorlig syk pasient.

I det hektiske samfunnet vi i dag lever i, vil det også være av betydning at samfunnet legger til rette for at familien selv også skal kunne være deltakende i livets slutfase. Det er gode ordninger i forhold til det å få barn, med fine ordninger for barselpermisjon for både mor og far. Når livet derimot går mot slutten for et nært familiemedlem, er det et dårlig system for at de som står pasienten nærmest, kan delta. Dette må også være en oppgave som bør sees på fra politisk hold. Skal det fungere godt, det å få avslutte livet på en verdig og trygg måte, må det være et samarbeide mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og familien.

Vi som arbeider i omsorgsyirket må likevel aldri la økonomi og samfunnets krav om effektivitet komme foran verdier som respekt, ansvar og verdighet. Mine funn viser også at respekten for pasienten står i sentrum for omsorgspersonalet.

Slik kommunehelsetjenesten i dag er organisert er det ikke alltid mulig at alvorlig syke kreftpasienter skal få avslutte livet hjemme på en verdig måte. Dette vil være en stor og viktig framtidig oppgave å få satt i system.

Videre studier innenfor dette emnet kunne være å studere temaet fra et brukerperspektiv. Da kunne en få frem hva pasienter og pårørende selv ville vektlegge i møtet med omsorgstjenesten. Dermed vil også pasientens behov kunne avdekkes gjennom studier hvor pasienter selv kan uttrykke sine behov.

Litteraturliste

Brinchmann B, Etikkk i sykepleien, Gyldendal norsk forlag AS 2008

Eide S, Grelland H, Kristiansen A, Sævareid H, Aasland D, Fordi vi er mennesker en bok om samarbeidets etikkk, Fagbokforlaget Vigmostad& Bjørke AS,2005

Husebø S, Klaschik E, Palliativ medisin – omsorg ved livets slutt, Eide forlag 1998

Johannessen I, Molven O, Roalkvam S, Godt Rett Rettferdig, Akribe AS 2007

Johannessen A, Kristoffersen L, Tuft P.A., Forskningsmetode for økonomiske - administrative fag, Abstrakt forlag as.2.utgave 2009

Molven O, Helse og jus, Gyldendal Norsk Forlag AS 2006

Pettersen I-J, Magnussen J, Nyland K, Bjørnenak T, Økonomi og helse, Cappelen Damm AS 2008

Vetlesen A, Nortvedt P, Følelser og Moral, Ad Notam Gyldendal AS 1996

<http://www.tromso.kommune.no>

<http://www.unn.kommuneavtaler>

<http://www.kreftforeningen.no>

<http://www.lovdata.no>

<http://www.ssb.no/sykehus>

<http://www.unn.tromo>

<http://www.regjeringen.no>

<http://www.helsedirektoratet.no>

<http://www.no.wikipedia>

Forelesningsnotater Modul F: Etikk og ledelse, 20-22 august 2008, Knut Ims

Forelesningsnotater Modul F: Etikk og ledelse, 20-22 august 2008, Ove Jakobsen

Lov om pasientrettigheter

Tidsskrift for den norske legeforening nr.8/22 april 2004

Vedlegg 1

Fra: Nordhus Hilde Oddveig [Hilde.Oddveig.Nordhus@unn.no]

Sendt: 25. september 2009 11:45

Til: 'Hilde Nordhus'

Emne: VS: masteroppgave

Ikke sensitiv

Revhaug Arthur
ft: 25. september 2009 08:19
Nordhus Hilde Oddveig
: Nordøy Tone; Roaldsen Bente-Liss
e: SV: masteroppgave

Selvølgelig har du all tillatelse og støtte jeg kan gi deg for dette!!

Lykke til!

arthur

-----Opprinnelig melding-----

Nordhus Hilde Oddveig
ft: 24. september 2009 15:20
Revhaug Arthur
: Nordøy Tone; Roaldsen Bente-Liss
e: masteroppgave

Hei Arthur!

Som du vet så er jeg nå inne i avsluttende del av min master i helseledelse ved handelshøyskolen i Bodø.

I den anledning skal jeg skrive oppgave.

Jeg har formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan en sørge for at alvorlig syke(palliative) kreftpasienter skal kunne få behandling i primærhelsetjenesten som de nå i stor grad får i spesialavdeling (sykehus)?

Som del av empirien har jeg planlagt å gjøre intervju her på UNN ,en avdeling, der jeg vil intervju en lege,en sykepleierleder og en sykepleier i turnus.

Vil så gjøre intervju i primærhelsetjenesten, der jeg vil snakke med en kommunelege,en sykepleierleder og en sykepleier i turnus.

Tema vil også belyses ved hjelp av aktuell litteratur og den nye samhandlingsreformen vil være aktuell å se på i min oppgave.

Intervjuene ønsker jeg å gjennomføre i uke 43.

Vil med denne mailen be deg om tillatelse å gjøre denne undersøkelsen.

Mvh. Hilde Nordhus
Avdsykepleier Kreftavdelingen

Vedlegg 2

INTERVJUGUIDE TIL SPESIALAVDELING(sykehus)

Kode:

Intervjutidspunkt:

Ansatt antall år

Stilling

Fagbakgrunn

1. Kan du gi eksempler fra din arbeidshverdag på situasjoner som uttrykker en felles faglig forståelse mellom sykehusavdelinger og hjemmesykepleien?

- *Eksisterer det slik felles faglig forståelse?*
- *Hvordan definerer du dette?*

2. Gi eksempler på felles prosedyrer på sykehuset og i hjemmetjenesten? Eks. Bruken av smertepumper og administrering av medikamenter intravenøst?

3. Hvilken kunnskap/kjennskap har du om Palliativ/lindrende pleie? Eks. smertebehandling, kvalmebehandling og annen symptomlindrende behandling.

- *Kan du gi eksempler der du har gjort nytte av slik kunnskap?*

4. Sender dere epikriser og sykepleie planer fra sykehuset?

- *Sendes disse i riktig tid?*

5. *Hvordan vil du håndtere spørsmål omkring pasientens medbestemmelse med tanke på behandling og hvor den skal finne sted?*

- *Kan du eksempel på situasjoner hvor pasienters egne ønsker har blitt lagt avgjørende vekt på?*

6. *Har du positiv erfaring med hensyn til oppfølging fra spesialavdeling til primærhelsetjenesten i fht.*

- *Videre oppfølging av utskrevne pasienter?*
- *Når det evt. Gjelder ny innleggelse?*
- *Ved telefonhenvendelser og lignende?*

7. *Kan du angi hvor ofte du er i kontakt med primærhelsetjenesten i løpet av en uke?*

8. *Har dere pleiere med kompetanse/utdannelse spesielt på palliativ behandling?*

9. *Kan du gi eksempler på samarbeidet mellom fast legen og spesialisthelsetjenesten?*

- *Hvilken erfaring har du mht. dette samarbeidet?*

10. *Hvilke sykepleiefaglige normer og retningslinjer prøver du å følge i ditt daglige arbeide?*

- *Kan du gi eksempler her?*
- *Kan du definere begrepet yrkesetiske retningslinjer?*

11. *Har man utviklet eller arbeidet med noen form for verdi syn på din arbeidsplass?*

- *Gi evt. Eksempel*
- *Hvordan definerer du verdi syn?*
- *På internundervisning, tema dager og lignende, er dette temaer (målsetting, verdi syn) som diskuteres?*

12. *Kan du gi eksempler på at dine ledere uttrykker refleksjoner omkring normer og verdi syn i faglige sammenhenger?*

13. *Når dere melder pasienter fra sykehuset, inviterer dere primærhelsetjenesten på planleggingsmøter ?*

- *er disse da tverrfaglige?*
- *Hvem er på disse møtene?*

14. *Hvordan vil du beskrive kommunikasjonen mellom sykehuset og hjemmetjenesten?*

- *Kan du gi eksempler på god kommunikasjon?*

15. *Har du inntrykk av/ og erfaring med at samarbeidsmøter er noe som vektlegges på din arbeidsplass?*

16. *Når pasienter (som det her er tale om) har hatt behandling på sykehus og overføres til kommunen*

- *Har du positive erfaringer mht. samarbeid med primærhelsetjenesten i videre oppfølging?*

Har du andre kommentarer til det vi har snakket om?

Vedlegg 3

INTERVJUGUIDE TIL HJEMMETJENESTEN (primærhelsetjenesten)

Kode:

Intervjutidspunkt:

Ansatt antall år

Stilling

Fagbakgrunn

1. Kan du gi eksempler fra din arbeidshverdag på situasjoner som uttrykker en felles faglig forståelse mellom sykehusavdelinger og hjemmesykepleien?

- *Eksisterer det slik felles faglig forståelse?*
- *Hvordan definerer du dette?*

2. Gi eksempler på felles prosedyrer på sykehuset og i hjemmetjenesten? Eks. Bruken av smertepumper og administrering av medikamenter intravenøst?

3. Hvilken kunnskap/kjennskap har du om Palliativ/lindrende pleie? Eks. smertebehandling, kvalmebehandling og annen symptomlindrende behandling.

- *Kan du gi eksempler der du har gjort nytte av slik kunnskap?*

4. Får dere epikriser og sykepleie planer fra sykehuset?

- *Kommer disse i riktig tid?*

5. *Hvordan vil du håndtere spørsmål omkring pasientens medbestemmelse med tanke på behandling og hvor den skal finne sted?*

- *Kan du eksempel på situasjoner hvor pasienters egne ønsker har blitt lagt avgjørende vekt på?*

6. *Har du positiv erfaring med hensyn til å få oppfølging fra spesialavdeling i fht.*

- *Videre oppfølging av utskrevne pasienter?*
- *Når det evt. Gjelder ny innleggelse?*
- *Ved telefonhenvendelser og lignende?*

7. *Kan du angi hvor ofte du er i kontakt med spesialavdeling i løpet av en uke?*

8. *Har dere pleiere med kompetanse/utdannelse spesielt på palliativ behandling?*

9. *Kan du gi eksempler på samarbeidet mellom fast legen og hjemmesykepleien*

- *Hvilken erfaring har du mht. dette samarbeidet?*

10. *I hvilken grad mener du at dere har ressurser til å følge opp den pasientgruppen vi her snakker om?*

- *Har dere døgnturnus?*
- *Har dere tilstrekkelig med bemanning? Hva legger du i dette begrepet?*

11. Hvilke sykepleiefaglige normer og retningslinjer prøver du å følge i ditt daglige arbeide?

- Kan du gi eksempler her?
- Kan du definere begrepet yrkesetiske retningslinjer?

12. Har man utviklet eller arbeidet med noen form for verdi syn på din arbeidsplass?

- Gi evt. Eksempel
- Hvordan definerer du verdi syn?
- På internundervisning, tema dager og lignende, er dette temaer (målsetting, verdi syn) som diskuteres?

13. Kan du gi eksempler på at dine ledere uttrykker refleksjoner omkring normer og verdi syn i faglige sammenhenger?

14. Når dere får meldt pasienter fra sykehuset, blir dere invitert på planleggingsmøter ?

- er disse da tverrfaglige?
- Hvem er på disse møtene?

15. Hvordan vil du beskrive kommunikasjonen mellom sykehuset og hjemmetjenesten?

- Kan du gi eksempler på god kommunikasjon?
- Får dere meldt pasienten til riktig tid?

16. Har du inntrykk av/ og erfaring med at samarbeidsmøter er noe som vektlegges på din arbeidsplass?

17. Når pasienter (som det her er tale om) har hatt behandling på sykehus og overføres til kommunen

- *Har du positive erfaringer mht. samarbeid med sykehuset i videre oppfølging?*

Har du andre kommentarer til det vi har snakket om?

Vedlegg 4

Utskrivingsklare opphold og døgn

Kreftavdelingen UNN Tromsø

Periode: 2008

Kilde: DIPS rapport D-701

Overskrift	Kommune	Ant_opp hold	Ant_dogn_periode
XKreftavdelingen	1922 BARDU	1	7
XKreftavdelingen	1902 TROMSØ	9	77
XKreftavdelingen	1931 LENVIK	1	1
XKreftavdelingen	1924 MÅLSELV	2	27
XKreftavdelingen	1925 SØRREISA	1	12
Kreftavdelingen totalt		14	124